UNIVERSITÉ DE PARIS VI
FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

ANNEE 1972

THESE

Nº 41

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Didier E. WEIL

Né le 5 avril 1939 à Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

TITRE

CLASSIFICATION DES PSYCHOSES DE L'ENFANT

Président : Monsieur le Professeur DUCHÉ

UNIVERSITÉ DE PARIS VI
FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

ANNEE 1972

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Didier E. WEIL

Né le 5 avril 1939 à Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

TITRE

CLASSIFICATION DES PSYCHOSES DE L'ENFANT

Président : Monsieur le Professeur DUCHÉ

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Avec mes remerciements à Monsieur le Professeur Didier J. DUCHE qui a bien voulu me faire l'honneur d'être mon Président de thèse.

Ma profonde gratitude et mon admiration sans bornes à Monsieur Serge LEBOVICI, illustre maître qui m'a accordé son temps, ses conseils et son assistance, me permettant d'avoir accès aux dossiers du Centre Alfred Binet et permettant par ses divers avis à ce travail d'être réalisé.

A la mémoire de mon père,

A Eva,

A Sandrine,

A Anne BODENHEIMER en la remerciant de son aide précieuse,

A ma famille,

A mes amis.

A mes maîtres en psychiatrie et ne pouvant tous les citer,"il y aurait lieu de consulter la bibliographie".Je me contenterai de noter ceux qu'en pratique journalière j'ai cotoyé

au temps de l'externat :

Monsieur DAUMEZON
Monsieur le Professeur MICHAUX
Monsieur le Professeur DUCHE

au temps de l'internat :

Monsieur ROPERT
Madame GRASSET

les équipes du 13° arrondissement et en particulier :

Mesdames CHAMPION et PREVOST
Messieurs ANGELERGUES
BALIER
BEQUART
CARRETIER
DESCOMBEY
DIATKINE
GOLDSZAL
PAUMELLE
RACAMIER

CLASSIFICATION DES PSYCHOSES DE L'ENFANT

P L A N

INTRODUCTION

HISTORIQUE

ETUDE DE LA CLASSIFICATION à partir d'une grille symptomatique et application à un groupe de 22 observations.

I - METHODOLOGIE.

A. Principes.

1 - Définition.

2 - Signification générale.

3 - Signification dans l'histoire du sujet.

4 - Etudes symptomatiques antérieures.

5 - "Limites" de la psychose.

B. Technique.

1 - Principes de sélection des symptômes.

2 - Groupement des symptômes.

3 - Grille initiale.

4 - Dossiers étudiés.

C. Critique

1 - valeur des renseignements.

2 - "Relation mère - enfant".

3 - Psychométrie.

4 - Le problème de l'âge de l'enfant, de son oedipification.

II - RESULTATS

A. Etude des symptômes. Fréquence et signification.

1 - Symptômes peu fréquents (moins de 10 %)

2 - Fréquence comprise entre 11 % et 19 %

3 - Fréquence élevée.

4 - Symptômes paraissant sans spécificité.

5 - Symptômes paraissant avoir une grande spécificité pour une forme.

6 - Symptômes paraissant avoir une signification identique.

7 - Symptômes paraissant ne pas devoir être retenus.

8 - Symptômes qui manquent.

B. Grille corrigée.

C. Etude des formes en fonction des groupes de symptômes.

D. Fréquence des symptômes en fonction de la forme considérée.

E. Etude de l'évolution.

1 - Sans modification.

2 - "Descendante".

3 - "Ascendante".

4 - "Chute" centrale.

5 - En "dents de scie".

F. Symptômes et pronostic.

G. Groupements symptomatiques et pronostic.

III - Regroupement et RESUME.

==*=*=*=*=*=*=*=*

INTRODUCTION

Une étude portant sur le sujet classification en Psychiatrie est une entreprise dangereuse pour son auteur. Car elle consiste à entrer directement dans le conflit qui oppose nosographistes et anti-nosographistes depuis bien longtemps. Pour les anti-nosographistes, elle ne peut être considérée sans préjugé, tandis que les nosographistes condamneront une nosographie qui ne soit rigoureuse et classique.

Pourtant, il semble nécessaire, au stade où en est la Psychiatrie, et tout particulièrement la Psychiatrie de la Psychose de l'enfant, de tenter de concilier deux points de vue qui se sont tant heurtés, de tenter ou d'aider à la synthèse.

Sur le plan clinique, l'observation des faits doit permettre une vue globale appuyée sur une étude séméiologique conduisant à certaines sanctions pronostiques et thérapeutiques. Mais cela sans se départir de ce qui paraît primordial dans l'abord de la Psychiatrie de l'enfant : la "nécessité d'observer chaque cas dans son aspect le plus concret, en saisissant constamment la part respective du donné et du vécu, de l'historicité et des inter-réactions du sujet dans son environnement global" (LEBOVICI et Mc DOUGALL).

Il n'est, en tout cas, plus possible de s'en tenir à des "descriptions de maladies" s'apparentant aux grands syndromes de la médecine somatique, comportant formes de début, d'état, résolutive, etc... Ni non plus de différencier en fonction d'une étiologie qui reste dans le domaine des hypothèses. Ni de classifier en fonction d'une manifestation principale sans en référer à une conception plus globale de l'affection.

La "conception globale" paraît découler des études psychanalytiques permettant de regrouper les Psychoses autour de leur point commun qui est une altération de la communication avec autrui.

Mais nous allons voir combien, autour de ce point commun, le domaine de la Psychose a pu s'étendre, englobant des manifestations extrèmement diverses.

Peut-on accepter de continuer à étudier ce trouble sans tenter de regrouper à l'intérieur de la Psychose des formes ayant quelque chose de semblable ? Il semble difficile d'aborder la recherche sur la thérapeutique, sur le milieu familial, sur l'environnement en général du sujet psychotique, en ne mettant pas de limite entre les différentes catégories de sujets. Peut-on comparer un sujet au langage hyperévolué, capable d'abstractions étonnantes, et un autre sans langage et qui n'a jamais vécu en dehors d'une institution pour arriérés ?

Je vais tenter dans ce travail, après une étude historique, de dégager un certain nombre de groupements syndromiques qui paraissent pouvoir être distingués au travers des études menées par les divers auteurs depuis le début de l'évolution du concept.

Ces groupes me paraissent pouvoir être abordés sous différents angles, mais pour ma part j'ai voulu limiter ce travail à un abord clinique. C'est-à-dire tenter de distinguer ce qui, sur le plan symptomatique, permet de différencier entre eux les groupes constituant l'ensemble Psychose. Cette symptomatologie doit être suffisamment claire, exempte de constatations nécessitant une analyse théorique, de manière à pouvoir recueillir l'adhésion d'auteurs ayant des concepts différents. Mais elle doit tenir compte de la nécessité de l'abord dynamique du sujet, et donc contenir une appréciation de ce qu'il est "ici et maintenant". Ceci permettant d'apprécier tout au long de la vie du sujet son évolution dans le cadre de sa psychose. De cela découle alors la possibilité de "mesurer" l'incidence de la thérapeutique et plus particulièrement de la psychothérapie sur cette évolution. D'une manière générale, tenter de mieux comprendre ce qui se passe chez un sujet en refusant de l'enfermer de manière définitive, une fois pour toutes, dans son seul diagnostic de "psychotique", comment le sujet vit le monde, comment s'y intègre-t-il, comment communique-t-il avec ce monde, comment évolue-t-il dans cette appréhension ?

J'ai donc essayé de mettre au point une grille symptomatique, à partir de laquelle la définition des formes cliniques envisagées pouvait se faire sur le plan syndromique. J'ai appliqué cette grille à l'étude d'un groupe de dossiers du Centre Alfred Binet. La valeur des symptômes dans l'ensemble

et pour chaque forme a été étudiée.

Mais surtout, il a paru intéressant de suivre l'évolution des sujets au travers de leurs symptômes et de leur classification et de mettre en évidence la mobilité des sujets passant d'une forme à l'autre en fonction de divers facteurs et notamment de leurs prises en charge thérapeutiques.

Enfin, il a paru nécessaire d'apprécier le pronostic en fonction de ces critères cliniques et d'examiner la possibilité de groupements symptomatiques ayant une valeur pronostique fâcheuse.

==*=*=*=*

HISTORIQUE

Nous allons essayer de retrouver, à travers l'historique, les différentes acceptions du terme de Psychose infantile. Ce que ce terme impliquait et les différents tableaux décrits en fonction de concepts divers ont en effet amené à regrouper sous ce terme un ensemble disparate de troubles. Les tentatives de regroupement ont donc consisté à classifier selon divers critères ces différents ensembles. De ces tentatives enfin se dégagent un certain nombre d'entités que je vais essayer de délimiter.

L'on peut faire remonter le début de l'histoire de la Psychose infantile à MOREAU (de Tours) qui, en 1888, soutient que ... "la folie de l'enfant est du domaine de l'inconcevable", tandis que PINEL et ESQUIROL pensent que la pathologie mentale de l'enfant se réduit à la déficience mentale.

C'est alors que KRAEPELIN, chez l'adulte, individualise la Démence précoce et que BLEULER décrit la Schizophrénie qui correspond à une description psychopathologique de la Démence précoce.

Divers auteurs vont se préoccuper de la possibilité de retrouver chez l'enfant les mêmes troubles mentaux que chez l'adulte.

Tandis qu'en 1908, SANCTE DE SANCTIS décrit la Démence précocissime et que HELLER décrit la Démence qui porte son nom, d'autres soulignent, comme KRAEPELIN et BLEULER, le début précoce de la démence précoce et de la schizophrénie et l'aspect terminal de la démence. Il en est de même de la Démence précocissime.

Autrement dit, le tableau décrit sous le terme de "Démence" n'est qu'un aboutissement d'une évolution au cours de laquelle le sujet présentait déjà des perturbations. C'est-à-dire que le sujet était déjà "malade" bien avant la constitution de son tableau typique terminal.

L'étude de la "maladie" s'étend alors à la description de différents aspects qui précèdent, dans le cours de l'évolution, cet aboutissement terminal. L'on est amené ainsi à décrire différents tableaux de la schizophrénie adulte.

Les efforts vont tendre vers la description de syndromes chez l'enfant, où l'on peut retrouver les symptômes regroupés chez l'adulte.

Le concept de Schizophrénie infantile est ainsi mis en place et les recherches vont se centrer sur la définition de cette entité. L'on s'entend à la définir comme une psychose chronique évoluant vers la pseudo-démence qui, avant d'atteindre le stade déficitaire, perturbe dans son ensemble les relations du sujet avec autrui (HEUYER).

C'est dans ce mouvement que l'on cherche à distinguer les schizophrénies "authentiques" des états "schizophréniformes" qui sont considérés comme des états démentiels organiques et post-encéphalopathiques.

Ainsi, pendant longtemps, le terme de schizophrénie infantile doit être réservé à des sujets chez qui est absente toute atteinte organique susceptible de rendre compte de tout ou partie du tableau clinique, mais aussi sur des sujets dont l'organisation psychique est suffisamment assurée pour que l'on puisse établir l'infléchissement massif de la courbe évolutive d'une dissociation, d'une régression, d'une désorganisation.

L'on va décrire des formes de la Schizophrénie infantile par assimilation aux formes de l'adulte : psychose maniaco-dépressive, délires chroniques, ou encore, selon HEUYER, distinguer des formes terminales avec dissociation intellectuelle, des formes délirantes et hallucinatoires, des formes "simples" avec régression intellectuelle, dissociation et autisme, et des formes avec activité délirante et rêverie.

La conception d'une schizophrénie infantile, assimilée à une forme particulière de la schizophrénie de l'adulte et reconnue sur la symptomatologie apparente, sera à l'origine des conflits théoriques assez paralysants. Cette conception, complètée par la règle rigoureuse de séparation des états schizophréniques dits "purs", de ceux où une organicité est plus ou moins évidente, accroît les difficultés.

D'autant plus que, de 1930 à 1950, divers auteurs tendent d'étudier les aspects structuraux de la schizophrénie infantile et que se creuse davantage le fossé entre organogénétistes et psychogénétistes.

L'accent est alors mis sur la non-constitution, ou la dissolution du contact affectif avec la réalité, alors que l'on reconnaît que les fonctions perceptives ou cognitives ne sont pas primitivement et fondamentalement perturbées. Sur ce dernier point, l'accord paraît assez général et les diverses écoles reconnaissent le caractère primordial des troubles de "l'affectivité" chez les sujets psychotiques.

Il reste que, pour les uns, les troubles que l'on constate relèvent d'une perturbation constitutionnelle, ou organique, tandis que pour les autres, les troubles cliniques sont la conséquence de perturbations purement relationnelles.

Pour les uns comme pour les autres, la "pureté" du syndrome fait écarter de ce cadre tout sujet chez qui sont constatées des anomalies "organiques".

Sans doute y a-t-il là une simplification excessive de ma part des positions des différents auteurs, et en réalité le concept, tout en s'érigeant, se complique par l'absence précisément de frontières nettes.

Ainsi, KANNER va décrire en 1943 l'Autisme infantile précoce, tableau séméiologique strict avec des troubles constants tels que "un enfant ressemble à un autre (autistiques), comme une goutte de pluie ressemble à une autre goutte de pluie". Or, cet enfant présente des traits caractéristiques qui comportent "le retrait loin de tout contact avec les gens, un désir obsessionnel de maintenir l'identité...". Mais pour lui, "ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée d'établir le contact affectif normal...". Ce tableau est relativement rare, puisqu'en 30 ans KANNER dit que, sur les 20 000 enfants perturbés qu'il a examinés, parmi lesquels de nombreux sujets qui lui étaient adressés du monde entier pour qu'il établisse le diagnostic, seuls 150 cas d'Autisme infantile précoce étaient reconnus par lui.

Il n'empêche que ce trouble particulier est inclus dans la Psychose par les uns comme par les autres. Il est le type de cette perturbation fondamentale qui est la Psychose.

Pour BENDER (1953), d'une manière plus générale, la Psychose est la conséquence "d'une atteinte primitive du système nerveux s'exprimant par une dysharmonie dans l'organisation des fonctions".

Mais de ce mouvement se dégage l'évolution du concept de la Psychose infantile qui tend à prendre ses distances avec la schizophrénie adulte. Mme. Louise DESPERT écrit que la Psychose "est une organisation pathologique de la personnalité liée à une perturbation dans le contact affectif avec la réalité par opposition aux schizophrénies correspondant à une dissolution de ce contact".

Tandis que les auteurs d'inspiration analytique suivent Mélanie KLEIN, qui tente de définir structurellement le sujet psychotique caractérisé par "le renfermement dans une relation duelle, où toute ébauche d'ouverture vers un tiers personnage constitue une simple projection de la relation à la mère primitive, où l'objet au moment d'être approché se dissout dans une fusion où mère et enfant s'anéantissent mutuellement".

"L'enfant, faute de pouvoir établir une relation à l'objet total, tente de focaliser l'objet partiel. Le jeu itératif d'internalisation et d'externalisation assure la pérennité de cette organisation où s'exprime l'ambivalence par quoi le psychotique tend à refuser le statut de sujet sans y renoncer totalement pour autant" (MISES).

WINNICOT, l'un des premiers, utilise le terme de Psychose et met en valeur l'intentionnalité du retrait.

Les distances prises par rapport à la schizophrénie, l'utilisation du terme de Psychose correspond à un désir de bien marquer la différence avec la Schizophrénie, tant du point de vue dynamique que du point de vue évolutif. Pour BLEULER, déjà moins de 5 % des schizophrènes adultes présentaient les mêmes troubles en tant qu'enfants, même si les futurs schizophrènes dans les trois-quarts des cas présentaient des troubles qualifiés de schizoïdie.

On note aussi que l'évolution de la schizophrénie infantile ne se fait pas obligatoirement vers la schizophrénie adulte. Enfin, écarter le terme de schizophrénie procède également du désir d'éviter un "pessimisme excessif" sur le cas de l'enfant étiqueté schizophrène, et de lui éviter ainsi certaines thérapeutiques majeures (insulinothérapie, électrochocs, voire psycho-chirurgie) dont l'efficacité a paru douteuse, tout au moins en l'absence d'un climat psychothérapique au sens le plus large comme le plus précis du terme" (LEBOVICI).

Enfin, l'élargissement de l'acception du terme incluant Démence précocissime, Autisme infantile précoce, voire Démence de HELLER, à une extrême, et à l'autre l'apparition de concepts marginaux : Pré-psychose, états marginaux, ou limites, ou atypiques, contribue à l'isolement nécessaire de la Psychose infantile.

De plus, la frontière entre encéphalopathie et psychose se dilue peu à peu. MICHAUX, par exemple, va parler de schizophrénie sur fond encéphalopathique ancien ; HEUYER étudiera les Rapports de la schizophrénie et de la débilité mentale, et peu à peu sont pris en considération les débiles mentaux, au point que certains en viendront à nier les états d'arriération pour les confondre avec les états psychotiques.

Mais à tout le moins, "l'existence d'une encéphalopathie infantile n'est pas un argument contre le diagnostic de psychose. Bien au contraire, des bases lésionnelles aident à comprendre, et le processus et l'organisation psychotique. Les perturbations des relations objectales primitives, ou nous voyons la base psychopathologique de l'organisation de la psychose infantile, peuvent avoir une double origine : elles peuvent être la conséquence de l'impossibilité où se trouve une mère d'assurer de façon valable les relations pré-objectales, puis objectales ; mais les retards et les dysharmonies d'évolution sont aussi à l'origine de frustrations de fait revécues ultérieurement comme des frustrations projetées sur le mauvais objet maternel". (LEBOVICI).

L'on en vient donc à accepter les états déficitaires dans la psychose, sans les rejeter à la moindre constatation de signes lésionnels.

MISES et BARANDE proposent de les classer en :

1° - formes pseudo-déficitaires : psychoses à expression essentiellement déficitaires ;

2° - formes primitivement déficitaires (incluant notamment l'Autisme infantile précoce de KANNER) ;

3° - formes secondairement déficitaires ;

4° - formes à psychotisation secondaire enfin.

Cependant, les discussions dans ce domaine se poursuivent et sont centrées de manière certes plus large, mais toujours sur le même principe de distinguer,

devant un tableau donné, ce qui revient à la perturbation "affective", de ce qui revient à la "lésion cérébrale". Ainsi, BENDA avait l'habitude d'emmener des psychiatres voir des enfants leur permettant de faire le diagnostic de schizophrénie infantile, puis de les informer qu'il s'agissait d'oligophrènes phényl-pyruviques.

Ceci est une démonstration de la difficulté d'établir des critères cliniques permettant de différencier ce qui appartient à la psychose, de ce qui ne lui appartient pas, et de la confusion parmi les psychiatres d'enfants quand il s'agit de définir l'acception exacte du terme de Psychose sur le plan clinique. J'entends bien que la définition existe sur le plan théorique, psychopathologique, et que dans ce sens il est faux de vouloir établir un diagnostic sur le seul plan clinique. Ainsi l'exemple cité met-il en valeur, pour ma part, le fait qu'un même tableau puisse correspondre à deux entités distinctes. L'inclusion dans la psychose des aspects déficitaires accroît les conflits entre tenants de l'Ecole psychanalytique et des écoles non psychanalytiques, en élargissant le domaine de leurs désaccords. Réduire ces discussions pourrait être aidé par une restriction du domaine du désaccord en comparant entre eux des aspects semblables, c'est-à-dire en réduisant la discussion au domaine défini par la classification de MISES et BARANDE.

Encore faut-il maintenir le continuum entre ces formes déficitaires et les autres aspects de psychose.

La définition sur le plan clinique, dans le cadre des psychoses de ces formes déficitaires, en tout cas, doit permettre la distinction de ces formes avec les états déficitaires non psychotiques.

De la même manière, à l'autre extrémité du tableau des formes cliniquement "légères", les aspects pseudo-névrotiques, pseudo-psychopathiques, états dits "limites", ou "borderline", vont poser des problèmes au sens où l'on veut préserver de la "dichotomie abrupte entre névroses et psychoses" (MISES). C'est ainsi que vont apparaître divers concepts d'états marginaux : enfants atypiques, dysharmonies évolutives, pré-psychose. Pendant un temps, l'élaboration théorique situe ces sujets en intermédiaire entre la Psychose et la Névrose, et les sujets pré-psychotiques seraient caractérisés par le contrôle de la fonction

du réel, à l'opposé des psychotiques. Leur Moi serait caractérisé par une faiblesse particulière avec une élaboration pauvre des mécanismes de défense et l'importance des processus primaires de décharge dont le déséquilibre de la conduite serait une des traductions. En tout cas, on souligne l'aspect particulier qui est l'impossibilité de prévoir l'évolution qui peut se faire soit vers la Psychose, soit vers la Névrose. Plus récemment, ce terme tend à être inclus dans le cadre de la Psychose, plutôt que d'être considéré comme une organisation à part. Et plus précisément, on peut considérer que ces états sont des modes évolutifs qui, selon le sens, soit sont le premier stade d'une désorganisation, soit sont un stade d'ébauche d'une réorganisation.

Au terme de ce bref rappel historique, l'on voit comment s'est institué le concept de maladie mentale chez l'enfant, tout d'abord par référence à la pathologie de l'adulte, en réduisant la maladie mentale de l'enfant à une forme particulière de schizophrénie. De ce terme unique (exclusif des arriérations mentales), on est arrivé à un élargissement progressif incluant dans ce cadre une série croissante de troubles survenant dans l'enfance ayant en commun une perturbation de la relation objectale.

On en vient alors à une lutte entre deux tendances, l'une qui se refuse à endiguer ce mouvement d'élargissement et pour qui le problème ne consiste pas à limiter artificiellement un cadre. Pour celle-là, l'essentiel est de prendre en considération chaque cas dans son individualité et sans qu'importe son étiquetage qui, de plus, risquerait de nuire au sujet en lui imposant dès le départ un pronostic particulièrement fâcheux. Mais l'autre tendance, qui inclut nombre d'auteurs d'inspiration analytique, cherche à mettre quelque ordre dans ce vaste "fourre tout".

En effet, les psychiatres d'enfants ne se comprennent plus lorsqu'ils parlent d'enfants psychotiques. Où commence la Psychose, où finit-elle ? Or, il faut pouvoir parler un langage commun, s'entendre sur des définitions identiques, pouvoir comparer les résultats des différentes entreprises thérapeutiques, des différentes recherches concernant le domaine de la psychose. De plus, il ne parait pas obligatoire qu'une approche compréhensive, dynamique, doive être handicapée par une tentative de clarification nosologique. Certains parmi les plus purs

tenants des théories psychanalytiques ne répugnent nullement à établir des cadres, des références nosographiques, voire à décrire séméiologiquement des entités.

Cette nécessité actuelle de clarifier s'impose, pour éviter la paralysie de toute entreprise de recherche systématique.

De nouvelles classifications sont donc proposées, écartant le terme de Schizophrénie qui parait généralement abandonné ; incluant les formes déficitaires, et renonçant le plus souvent à la référence à la pathologie de l'adulte.

DIATKINE, STEIN et KALMANSON, en 1959, divisaient ainsi les Psychoses infantiles.

I - Avant l'âge de 5 ans

A - Etats psychotiques.

Autisme infantile de KANNER.

Autres formes (dont les dysharmonies évolutives profondes)

Etats psychotiques aigus.

B - Etats pré-psychotiques.

II - De 5 à 12 ans

Etats psychotiques :

Délire.

Hallucinations.

Sentiments de dépersonnalisation.

Autres.

Etats pré-psychotiques

Il s'agit d'une classification relativement large qui différencie essentiellement en fonction de l'âge et à l'intérieur d'un âge distingue Psychoses et Pré-psychoses.

MISES et MONIOT distinguent :

A - Psychoses précoces.

1 - Autistiques (dont l'autisme infantile de KANNER).

2 - Expression déficitaire.

3 - Formes à type d'instabilité et d'excitation psychique.

4 - Les distorsions psychotiques précoces de la personnalité.

B - Psychoses survenant à la phase de latence.

1 - Formes à type de destructuration, de désorganisation de la personnalité.

2 - Formes à symptomatologie névrotique ou caractérielle.

3 - Formes à expression déficitaire.

Ici encore, l'on retrouve la division en formes précoces et en formes de la phase de latence.

Notons encore la division proposée par L. BENDER :

- formes autistiques,
- formes pseudo-oligophréniques,
- formes pseudo-névrotiques,
- formes psychopathiques et paranoïdes.

Des différents mouvements qui ont participé à la constitution du concept de Psychose de l'enfance, après un élargissement progressif de ce concept sur le plan des aspects symptomatiques, se dégagent un certain nombre de points. La tendance unitaire, c'est-à-dire l'acceptation de l'inclusion sous le terme de Psychose de l'enfance des différents tableaux, paraît générale (en particulier chez les psychiatres de langue française, DUCHE et coll.).

La distinction de certains aspects particuliers est assez habituelle. Les aspects autistiques ont une acception, dont il faut souligner encore une fois qu'elles incluent sur le plan clinique l'autisme précoce de KANNER, mais le débordent très largement. Il faut souligner également que ce terme autistique n'inclut pas nécessairement les conceptions psychopathogénétiques de M. MAHLER qui, rappelons-le, distinguait les psychoses symbiotiques par rapport aux psychoses autistiques.

Je ne voudrais pas m'étendre là-dessus, voulant limiter ce travail à l'aspect clinique. Je me bornerai à souligner que la distinction de MAHLER dans les Psychoses précoces s'attache à définir des mécanismes psychopathogéniques qui sont loin de réunir l'adhésion générale.

En dehors des formes autistiques, d'une manière générale l'on distingue des formes déficitaires qui incluent pour certains les formes autistiques.

Enfin, un groupe de psychotiques est décrit diversement sous les termes de pré-psychotiques, de pseudo-névrotiques.

En dernier lieu, il faut souligner la tendance à distinguer les Psychoses en formes précoces, et en Psychoses de la phase de latence.

==*=*=*=*

ETUDE DE LA CLASSIFICATION A PARTIR D'UNE GRILLE SYMPTOMATIQUE ET APPLICATION A UN GROUPE DE 22 OBSERVATIONS

I - METHODOLOGIE

A - PRINCIPES.

Nous avons vu l'évolution du concept de la psychose de l'enfant, les différents tableaux décrits et les diverses classifications proposées.

Il semble important de distinguer deux aspects dans l'approche clinique de la psychose de l'enfant.

1° - Un premier aspect est celui du diagnostic de la psychose proprement dit, qui nécessite une intégration de toutes les données concernant le sujet, reprises dans un concept psychopathologique général, où l'on ne peut se contenter de la seule symptomatologie superficielle.

2° - Le diagnostic de forme de la psychose, par contre, où, selon MISES, "le recours à l'aspect syndromique prévalant dans le tableau clinique mérite d'être retenu pour une classification destinée à rallier les pédopsychiatres de formation diverse".

C'est ce deuxième aspect seul que je me permets d'envisager.

C'est-à-dire une division en plusieurs formes cliniques de la psychose, ces différentes formes se distinguant par une symptomatologie clinique que j'ai essayé d'étudier au moyen d'une grille symptomatique.

1 - Définition des formes cliniques

Sur cette base, on tente de délimiter au départ quatre formes cliniques qui paraissent se dégager de l'ensemble "Psychose".

Une première forme, que l'on pourrait désigner comme la forme avec coupure la plus complète, similaire à l'autisme que décrivait KANNER : "les traits caractéristiques comportent un retrait loin de tout contact avec les gens, un

désir obsessionnel de maintenir l'identité, une relation adroite avec les objets, une physionomie pensive et intelligente, un mutisme ou une sorte de langage qui ne semble pas devoir être mis au service de la communication interpersonnelle.

Par un aspect important, ce comportement diffère du rituel obsessionnel ordinaire : l'enfant autistique oblige les gens de son monde à être encore plus obsessionnels que lui. Tout en se faisant parfois quelques concessions, il n'accorde pas ce privilège aux autres. Il est un juge et un critique sévère et sans repos. Lorsqu'on observe cet enfant pendant un certain temps, il devient manifeste que, sauf quand il est absolument seul, la plupart de ses activités sont consacrées à la tâche sérieuse, solennelle, sacerdotale, du maintien absolu de l'identité".

Mais l'on sait la rareté de l'autisme infantile précoce. L'on sait la fréquence du diagnostic d'autisme par les cliniciens. Il s'agit donc d'une forme regroupant les enfants qui, par bien des aspects, répondent à cette description de coupure quasi totale dans la communication avec l'environnement.

A l'autre extrême du tableau, se situeraient les états pré-psychotiques dont LEBOVICI a dit que ce sont "des psychoses infantiles atypiques à symptomatologie apparente névrotique, psychopathique ou caractérielle, perverse, où l'imprégnation de la réalité par des fantasmes crus est frappante, ainsi que l'organisation défensive qui prend une forme d'identification projective et fusionnelle.

Ces atypies et dysharmonies du développement constituent les états dits pré-psychotiques. Dysharmonie du développement, contrastes entre l'absence de communication réelle et l'hyperinvestissement du langage, les performances bizarres, le goût pour le maniement de formes non significatives, l'absence d'accession au symbole, les fantasmes crûment exprimés. Ce cadre parait flou à beaucoup de collègues. Nous voulons mettre l'accent sur le fait que leur organisation mentale nous fait penser à la psychose, alors qu'en même temps le pronostic paraît incertain".

De ces deux formes extrèmes, on peut retenir leur différence fondamentale quant au niveau de communication avec le monde environnant. A une extrème, il n'en existe pour ainsi dire pas, tandis qu'à l'autre, la communication incertaine et

floue a le mérite d'exister néanmoins.

Entre ces deux extrèmes, d'autres présentations : les aspects déficitaires (à l'exclusion évidemment des autistiques), ce groupe comprenant les enfants chez qui existe une régression apparente des facultés cognitives ou plus volontiers la non élaboration de ces facultés. Ce sont notamment tous ces enfants, qualifiés dans certains cas de "pseudo-débiles", voire de "débilité franche avec psychose intriquée".

Enfin, entre cette dernière forme et les états pré-psychotiques, tous les aspects "centraux" de la psychose, ayant la netteté nécessaire pour les différencier des états marginaux d'un côté, sans avoir les aspects déficitaires, oligophréniques, et encore moins la coupure totale des formes autistiques. Cette forme centrale paraît la plus manifeste dans ses expressions du processus psychotique sous-jacent. On pourrait la désigner sous le terme de forme expressive.

On peut distinguer ainsi quatre formes :

- autistique,
- déficitaire,
- expressive,
- pré-psychotique.

Il s'agit d'une distinction, dans le cadre général de la Psychose, de quatre formes cliniques séparées, non pas arbitrairement en fonction d'un seul caractère symptomatique (comme le serait le terme "forme délirante"), ou en fonction de l'âge, et nous reverrons ce problème, ou en fonction d'une étiologie, mais séparées en fonction d'une idée générale de la psychose, et se référant à cette idée centrale.

2 - Signification générale

Ces quatre formes cliniques définiraient des états dans lesquels l'enfant psychotique se meut. S'il est exact qu'il y ait pour l'enfant psychotique une intentionnalité dans son retrait, alors le degré de retrait aurait une signification au niveau de l'enfant. Il ne s'agit alors plus d'une appréciation qualitative, mais plutôt quantitative du sujet. En fonction de sa plus ou moins grande souffrance, de son besoin plus ou moins grand de se préserver du monde extérieur,

il sera capable ou non de s'exprimer à un niveau plus ou moins complexe. On tente ici d'apprécier ce que l'enfant tolère de "relation" au monde environnant. Comment peut-il s'exprimer, combien peut-il s'exprimer ? Comment manifeste-t-il sa souffrance ? Entre le refus total ou presque d'être, d'exister, avec ce retrait quasi absolu de l'autisme, et le mécanisme de défense beaucoup plus élaboré et peut-être moins explicite qu'est le sur-investissement du langage du Psychotique expressif, toute la gamme des différents niveaux de défense du sujet doit être appréciée. Séparer les groupes en fonction d'un seul signe de souffrance, un symptôme majeur, serait admettre que pour tous les sujets psychotique la manière de s'exprimer serait identique, et le symptôme délire, par exemple, aurait une même signification. Au contraire, il semble plus intéressant de multiplier le nombre de symptômes étudiés, et du tableau les regroupant, essayer de tirer le sens général que cela peut avoir : Admettre le sujet comme ayant toute une gamme de manifestations dont le regroupement dans ces quatre formes aurait une signification de "niveau", c'est-à-dire admettre les manifestations, les symptômes comme des moyens d'expression du sujet, "ce par quoi il s'exprime", une expression que l'on admettra comme ayant la valeur d'une "communication" avec le monde environnant. Et une expression dont la signification serait son degré de tolérance à l'égard du monde environnant, ou du moins ce qu'il en perçoit, et probablement le danger que ce monde représente pour lui.

Il est bien évident que, de jour en jour, nombre de facteurs interviennent, susceptibles de modifier l'environnement, le rendant plus ou moins agressif et justifiant au niveau du sujet un retrait plus ou moins important. Ces facteurs, on le concçoit bien, vont de "l'état" de la mère, à la mise en place d'une organisation thérapeutique, à l'intervention de divers personnages possible (l'on sait le rôle parfois néfaste en apparence d'un "entretien" avec un psychiatre) sans oublier ce qui fait du "bien" au sujet (ou du "mal") comme un déménagement, un décès, une naissance, un placement en institution, etc...

De toute manière, l'immobilité du sujet n'est qu'apparente et l'étude des dossiers montre bien la variabilité de sa présentation.

Il découle de cette présentation une apparente intégration dans la réalité, en tout cas le début et la prolongation plus ou moins intense d'une communication avec le monde environnant, dépendent de l'évolution dans la psychothérapie ou de son absence, etc...

3 - Signification dans l'histoire du sujet.

Ainsi, au cours de l'histoire d'un enfant, pourraient se situer diverses phases.

Au tout début de son évolution, l'étude de sa symptomatologie le situe à un certain niveau. Mais quelle est la signification de ce niveau "initial", de son "premier" niveau d'enfant psychotique ? Par rapport au terme de "l'intensité" du traumatisme originel, le premier niveau est une indication précieuse sur l'enfant, sur l'intensité de sa "souffrance" et du besoin de protection qu'il éprouve. C'est dire que dès l'abord on pourrait peut-être déjà supposer la gravité du processus qui s'est engagé et, de ce fait, poser les chances d'une issue hors de ce processus, contre le risque d'englobement, de maintien dans sa coque protectrice. Par conséquent, très tôt, de l'étude de non niveau de communication pourrait être déduit le pronostic lointain, qui ne tient pas compte sans doute, et cela est heureux, de l'entreprise thérapeutique à venir. Mais c'est dire, pour le thérapeute, l'intensité de l'effort qui sera à fournir pour permettre à ce sujet de s'extraire de son retrait.

Plus tard, dans le cours de sa vie, l'appréciation des mouvements du sujet, hors ou vers le retrait, devrait permettre l'appréciation indirecte de l'efficacité de la prise en charge thérapeutique, et d'autres facteurs comme l'influence du milieu environnant (familial, institutionnel, etc...).

Plus tard encore, et c'est l'aboutissement à l'âge adulte de cette évolution. C'est la confirmation ou l'infirmation de l'inéluctabilité du processus tel que MISES le décrit :

"Il convient de rappeler que la Psychose renvoie obligatoirement à une organisation chronique qui tend à se refermer sur un monde autistique. La chronicité y est incluse de façon aussi impérieuse que chez l'adulte (dans la schizophrénie...), ce qui laisse place cependant à l'éventualité d'une réintégration, d'une reprise évolutive, mais au prix d'efforts tellement prolongés que l'issue heureuse vient, dans ces conditions, témoigner, elle aussi, en faveur de la gravité du processus psychotique".

C'est-à-dire qu'à ce terme et après avoir suivi l'évolution au travers de différents niveaux, peut être appréciée l'évolution du sujet dans sa maladie, voire hors de sa maladie.

C'est pouvoir, là encore, apprécier le rôle de la thérapeutique, mais aussi la réalité de cette évolution et, partant, de l'hypothèse initiale de la Psychose indépendamment de la morphologie initiale de la forme en question.

Ainsi, partant d'une subdivision de la Psychose en formes témoignant d'un niveau de gravité, l'on passe à l'étude du pronostic, de l'évolution, de la thérapeutique. L'appréciation dynamique du sujet dans son environnement y est incluse, sans qu'il ne soit enfermé de façon définitive dans un cadre rigide.

C'est ainsi qu'à partir d'une forme particulière, l'approche de diverses incidences paraît devoir être plus claire.

Nous avons déjà parlé de l'étude rétrospective, ou en cours d'évolution, de l'approche thérapeutique, de l'institution utilisée, plutôt que l'étude globale des rapports d'une institution avec l'ensemble des psychotiques dont elle a la charge, quels que soient leurs niveaux de communication.

Davantage encore le rôle de la famille pourtant bien étudié paraît devoir bénéficier d'une approche plus détaillée. Les descriptions de parents de "psychotiques", par exemple, ne paraissent pas convenir aussi bien aux parents d'enfants autistiques qu'aux parents d'enfants déficitaires.

De même, on pourrait envisager, en fonction de cette approche, la signification d'atteintes organiques, de lésions annexes, l'épilepsie, l'encéphalite, etc...

4 - Etudes symptomatiques antérieures.

Divers travaux ont déjà été consacrés à l'étude de la symptomatologie chez l'enfant psychotique, et généralement plus largement à l'étude simultanée de divers facteurs de l'environnement, sans toutefois que cette étude aille de pair avec une classification.

Il est bon de rappeler ici certains des résultats de ces études.

D'une part, A.L. ANNELL, en 1963, a étudié 115 cas d'enfants psychotiques suivis de 1948 à 1957 à Upsala.

Son étude portait essentiellement sur une tentative d'appréciation des facteurs influant le pronostic.

Les "symptômes mentaux" étudiés étaient les suivants :

- troubles du sommeil,
- l'autisme,
- la dépendance,
- l'anxiété intense,
- l'"explosivité",
- les variations dans la vigilance,
- l'hyperactivité,
- la passivité ou l'inhibition,
- les stéréotypies,
- les tics,
- les troubles du langage,
- les hallucinations,
- la masturbation.

Mme. ANNELL cherchait à établir les symptômes ayant une valeur du point de vue pronostique. Elle conclut que "la combinaison de stéréotypies et d'un mauvais résultat dans les tests d'intelligence se révèle comme étant, du point de vue pronostique, les deux facteurs les plus importants en ce qui concerne le développement ultérieur d'une schizophrénie, tandis que l'encéphalite comme facteur déclenchant d'un syndrome psychotique a une importance favorable sur le pronostic".

Elle ajoute : "il est possible que des différences significatives (entre les différents groupes distingués en fonction de leur devenir ultérieur) seraient apparues pour certains groupes si le matériel avait été plus détaillé ("compréhensive") et si d'autres critères pour l'enregistrement des différents facteurs avaient été utilisés". De plus, "d'autres symptômes pourraient s'avèrer présenter une valeur encore plus grande en tant que facteurs pronostiques".

C'est donc une approche en fonction "d'un autre critère", celui d'une division en plusieurs formes cliniques, et au travers "d'autres symptômes" que j'ai voulu tenter et que je vais préciser maintenant.

Une autre étude, celle de LESTANG, GAULTIER et DUCHE, "Contribution à l'étude du diagnostic et de l'évolution des psychoses infantiles", comportait

notamment l'appréciation d'un certain nombre de symptômes, et leur proportion retrouvée sur l'ensemble des dossiers envisagée. Cette étude met donc en évidence notamment la fréquence de certains symptômes :

- Troubles du langage 95 % des cas
- Autisme 85 % "
- Stéréotypies 80 % "
- Agressivité 60 % "
- Agitation 55 % "
- Anxiété 50 % "
- Troubles du sommeil 50 % "
- Impulsivité 45 % "
- Rires immotivés 40 % "
- Hallucinations 20 % "
- Masturbation 20 % "
- Passivité ou apragmatisme 15 % "

Plus particulièrement pour les troubles du langage :

- Mutisme 48 % des cas
- Retard du langage isolé 25 % "
- Régression 48 % "
- Anomalies du langage :
  - . Soliloque 58 % "
  - . Stéréotypies 25 % "
  - . Echolallie 25 % "
  - . 3ème personne

Ces auteurs notaient :

"Il nous est apparu impossible d'isoler les formes cliniques si souvent cependant décrites (en particulier démence de HELLER, et autisme infantile de KANNER), mais des aspects différents suivant l'âge de survenue (essentiellement en fonction de l'apparition ou non du langage) et des aspects évolutifs suivant la plus ou moins grande désorganisation intellectuelle peuvent être individualisés".

5 - "Limites" de la Psychose

On peut se demander enfin si, au travers d'une étude symptomatique, il est possible de préciser quelque peu les limites de la psychose, c'est-à-dire de permettre de délimiter la frontière entre psychose et névrose en particulier, compte tenu, d'une part de l'idée d'une progression d'une forme avec retrait total, à la forme présentant le moins de retrait et donc, à la limite, à la névrose, mais compte tenu aussi de ce préalable concernant la réticence à établir un diagnostic de psychose sur la seule symptomatologie. C'est donc, en ce dernier point, avec une extrême prudence et critique qu'il est permis d'avancer quelques idées. Nous verrons cela plus loin.

B - TECHNIQUE

1 - Principes de sélection des symptômes

Distinguer des formes cliniques nécessite une définition de chacune de ces formes, définition la plus claire possible et ayant suffisamment de caractères distinctifs pour permettre de séparer les formes l'une de l'autre.

Ainsi, à l'étude des dossiers du Centre Alfred Binet, il apparaissait rapidement que la distinction en diverses formes cliniques devait s'appuyer sur des descriptions syndromiques de chaque forme.

Il fallait donc tenter, dans un premier temps de rédiger une liste de symptômes caractérisant chaque forme, liste établie grâce aux descriptions de la littérature (encore que ces descriptions n'aient pas toujours été limitées à la forme particulière que je tentais de définir).

La rédaction des quatre listes mettait en évidence un certain nombre de symptômes communs aux diverses formes et n'ayant par conséquent pas une grande valeur de spécificité pour une forme donnée. Il fallait donc éliminer tous les symptômes trop peu spécifiques.

D'autre part, il fallait éviter de rédiger un catalogue exhaustif de symptômes dont l'annotation aurait fini par être fastidieuse.

Par ailleurs, nombre de symptômes paraissaient pouvoir être écartés du fait de leur similitude par rapport à d'autres symptômes.

Enfin, il fallait éliminer ceux d'entre eux dont "l'objectivité" paraissait faible (même si, sur le plan théorique, "l'absence d'accession au symbole", par exemple, présente une importance capitale). Mon désir était, en effet, de rédiger une liste de symptômes dont l'annotation par deux observateurs différents pouvait donner les mêmes résultats. Il fallait donc ne retenir que des symptômes ayant un caractère indiscutable.

Enfin, mon désir était de sélectionner ceux des symptômes permettant de définir avec suffisamment de netteté l'enfant en question pour qu'il puisse être reconnu au travers de la liste de ses symptômes. C'est-à-dire s'écarter du type du certificat suivant "sourire discordant, troubles du cours de la pensée, bizarrerie d'attitude, adhésivité, négativisme, gâtisme, écholalie, barrages, inhibition", qui tentait, dans une des observations étudiées, de caractériser un garçon âgé de 9 ans et qui ne semblait ne rien apprendre sur l'intégration de l'enfant au monde, mais au contraire paraissait tendre à le faire entrer dans un cadre assez rigide de la psychose en général, sans qu'il soit possible de discerner son évolution, son amélioration éventuelle ou son recul.

C'est donc la recherche d'un système permettant l'appréciation dynamique du sujet en s'écartant des caractérisations classiques de la séméiologie psychiatrique tout en restant au dehors de l'appréciation structurale de l'individu. Cette appréciation dont je disais plus haut qu'elle paraissait nécessaire à la majorité des auteurs actuels pour l'établissement du <u>diagnostic proprement dit de psychose</u>, mais dont je tenais à m'écarter pour l'appréciation à l'intérieur de la psychose, du stade évolutif du sujet. C'est-à-dire, en somme, de tenter d'établir ce qu'on pourrait appeler des "critères fonctionnels", ceux qui interviennent vraisemblablement lorsque, à propos d'un sujet pris en charge, l'on dit : "il va mieux" ou "il va moins bien". Cette forme d'appréciation est souvent soumise à critique, car il est demandé par rapport à quoi va-t-il mieux ou moins bien. C'est-à-dire la référence crue au critère de la normalité, de la norme habituelle de la société environnante, norme à laquelle échappe d'évidence ce sujet malade. Est-ce échapper à cette critique que de tenter d'établir dans cette distinction intérieure ce qui différencie un sujet malade d'un autre sujet malade. Mais on pourrait bien dire aussi qu'en tenant compte de ce qui permet à l'enfant de se distinguer de la "norme", on tiendrait compte de son "désir" supposé, qui

est d'être différent, d'être plus ou moins loin.

2 - Groupement des symptômes

Il ressortait de ce choix un certain nombre de symptômes que je tentais de regrouper par catégories à "domaine semblable". Par exemple, un certain nombre de symptômes entraient dans le cadre de la description du langage.

Ce regroupement opéré, il en résultait quatre groupes qui m'ont semblé intéressants à retenir :

1° - le groupe langage donc,
2° - le groupe Relation aux autres (c'est-à-dire le type de contact établi avec les personnes),
3° - le groupe Activité (c'est-à-dire la manière d'agir, de créér ou de travailler du sujet),
4° - et enfin, un groupe de symptômes que j'ai appelés "dominants", qui sont les manifestations les plus apparentes, les plus parlantes, de l'aspect distinctif du sujet (les rites, les stéréotypies, les troubles alimentaires, du sommeil, etc...).

Je rangeais alors dans ces quatre groupes de symptômes ceux provenant de chaque forme, ce qui aboutit à un éparpillement des descriptions symptomatiques dans chaque forme.

Il restait à complèter ces groupes de symptômes de manière à établir un éventail couvrant toute l'échelle, du symptôme le plus "bas" au symptôme le plus élaboré, en passant par ceux qu'on pourrait qualifier de "pseudo-adaptés" (comme la "niaiserie" par exemple).

Il est bien entendu que, dans ce groupe de "symptômes", n'étaient incluses que des manifestations ayant un caractère pathologique apparent (on écarte, par exemple, la caractéristique "bonne" ou encore "souriant" ou encore "détendu").

Ainsi, de proche en proche, l'évolution dans ce travail conduisait, d'une élaboration de formes cliniques, à l'étude de leurs caractères distinctifs, à l'étude des symptômes de la Psychose que j'étais amené à distinguer en plusieurs groupes.

De cela enfin découlait l'établissement d'une "grille symptomatique" dont l'intérêt initial était de permettre la vérification de l'hypothèse de ces quatre formes cliniques dans la psychose, de permettre l'établissement d'un tableau descriptif de chaque forme.

Il importait alors de faire une étude en prenant un groupe de dossiers et de les annoter en remplissant la grille, puis de chercher des corrélations entre formescliniques et symptomes.

Nous verrons plus loin l'étude de chacun de ces symptomes et la discussion sur leur valeur, bien que d'emblée il pourra apparaître que certains d'entre eux soient fort discutables. J'ai été amené plus loin à modifier à toutes fins utiles cette grille de référence.

3 - Grille initiale

1	Absence de langage - retard	)
2	Mutisme ou refus de parler	)
3	Langage puéril non élaboré	)
4	Trouble grave de l'élaboration*	)
5	Trouble de la syntaxe	)
6	Stéréotypies (pallilalie - écholalie)	) Groupe Langage
7	Jargon	)
8	Néologismes	)
9	Anomalies de la tonalité	)
10	Sophistication - maniérisme	)
11	Manipulation du langage	)
12	Indifférence à autrui	)
13	Isolement ou autistique	)
14	Solitude	)
15	Opposition	) Groupe Relations
16	Puérilité, niaiserie	)
17	Hypo-expressivité	)
18	Superficialité	)

19 Pauvreté	)	
20 Refus du contact collectif	)	
21 Contact captatif - trop bon contact	)	
22 Discordance)	)	
23 Etrangeté) *	)	Groupe Relations
24 Impénétrabilité)	)	
25 Conformisme	)	
26 Narcissisme	)	
27 Désintérêt	)	
28 Hypo-activité	)	
29 Apragmatisme *	)	
30 Activité peu élaborée	)	
31 Inhibition	)	
32 Activités maladroites	)	
33 Maniement de formes non significatives	)	Groupe Activités
34 Aptitudes paradoxales	)	
35 Décalage opérativité - niveau QI	)	
36 Hyperactivité	)	
37 Grande agitation	)	
38 Acquisitions stagnantes	)	
39 Phobies scolaires	)	
40 Stéréotypies simples	)	
41 Stéréotypies complexes élaborées	)	
42 Rites, obsessions -phobies	)	
43 Idées délirantes) *	)	
44 Idées bizarres)	)	
45 Tics	)	Symptômes dominants
46 Auto-mutilation	)	
47 Caractériel (agressif)	)	
48 Psychopathe (vols, fugues)	)	
49 Troubles sphère digestive	)	
50 Troubles du sommeil	)	
51 Angoisse non thématique	)	

4 - Dossiers étudiés.

Les dossiers étudiés sont un groupe de 22 observations du Centre A. Binet à Paris, dans le 13ème, qui, sous la direction de Serge LEBOVICI et de René DIATKINE, ont fait l'objet d'une étude particulièrement approfondie et de discussions sur les différents aspects de la psychose.

Le diagnostic pour toutes ces 22 observations était indiscutable pour autant que je sois concerné, et je n'avais donc pas à aborder ce problème.

Certaines parties de ces études ne concernaient pas ce travail et je n'ai pas jugé utile de les noter. Je n'en expliquerai plus loin. Il s'agit notamment de l'étude de la famille, des explorations psychométriques, des discussions sur la thérapeutique, etc...

Les dossiers concernaient tous des enfants ayant été pris en charge à un moment donné par S. LEBOVICI ou par R. DIATKINE.

L'âge de début de la psychose était toujours avant dix ans (il faut entendre par cela les premières manifestations particulières, mais pas nécessairement le premier tableau constitué ; nous verrons cela plus loin).

Les dossiers contenaient de manière assez variable des renseignements sur différents âges de vie des sujets. Dans certains cas très détaillés, ailleurs inexploitables à certains âges, je n'ai conservé que les renseignements paraissant les plus indiscutables.

C - CRITIQUE

1 - Valeur des renseignements

De ce qui précède, un certain nombre de critiques apparaissent : la valeur des renseignements d'abord.

S'il parait a priori qu'une observation honnête doit être considérée avec le plus grand respect, des difficultés surgissent lorsqu'il s'agit, dans cette observation, non pas des faits d'observation immédiate, mais de ceux rapportés par la famille.

On note, en effet, d'importantes discordances dans les descriptions prêtées aux familles à différents moments, et concernant par exemple le premier âge de l'enfant. La multiplicité fréquente des examens subis dans différents services et par différents observateurs permet des regroupements confirmant la valeur des renseignements cliniques, mais dans un nombre important de cas révèlent des méconnaissances, des oublis ou des faux souvenirs dans le récit des parents. L'intérêt de ces discordances est très variable, mais leur fréquence et leur importance font que, sans émettre de jugement sur les parents, il semble inopportun, voire dangereux pour la recherche objective d'accorder trop de crédit aux renseignements apportés par eux. Une explication sur cette inefficacité de leurs renseignements tient notamment à leur absence de formation, donc à la mauvaise qualité possible de leur observation, mais aussi et surtout sur l'enregistrement purement de mémoire avec tous les "parasites" que cela entend. Dans une des observations, des compte-rendus écrits des parents dès la naissance (ainsi que d'une grand-mère) paraissaient d'une précision et d'une objectivité remarquables. Malheureusement, il manquait, dans ces compte-rendus, des notations dont la valeur échappait vraisemblablement aux parents.

La même critique concerne les notes prises (dans une ou deux observations) par les instituteurs, qui là encore paraissent assez nettes et précises mais ne donnent qu'une vue partielle de l'enfant.

Je dois souligner la valeur particulière, m'a-t-il semblé, des observations prises par les psychologues, concernant le comportement et la présentation en général de l'enfant.

La valeur des renseignements était parfois entachée d'une imprécision en ce qui concernait la datation. Plusieurs descriptions remarquables, cette fois par des médecins (les descriptions par des psychologues, faites en cours d'examen, étaient donc datées), descriptions qui "survolaient" l'histoire de l'enfant et le présentaient d'une manière souvent remarquable, mais mêlant des symptômes actuels avec des symptômes anciens, ou encore racontant l'histoire de l'enfant et ses différents stades, mais sans préciser exactement l'âge de ce stade. Dans certains cas, par des recoupements permis par d'autres renseignements contenus dans le dossier, il était possible de dater ; ailleurs, ce recoupement n'était pas possible et j'ai dû ne pas tenir compte de ces renseignements.

De même, dans quelques observations, existe un "trou" pendant plusieurs années où manque toute observation (soit que l'enfant n'ait pas été suivi, soit que l'institution qui le suivait n'ait pas pris le soin de rédiger une observation précise).

2 - "Relation mère-enfant"

Comme je l'ai déjà indiqué plus haut, j'ai essayé de ne tenir compte que des renseignements me paraissant dénués le plus possible de toute subjectivité, les moins susceptibles à l'interprétation.

Cela explique l'absence de toute notation concernant la relation de la mère à l'enfant de manière précise, puisque la grille d'étude note la relation du sujet aux autres de manière générale, mais non cette relation mère-enfant qui a fait l'objet de tant d'études. Il m'a semblé que l'observateur extérieur (clinicien, psychologue, etc...) ne percevait de cette relation mère-enfant que sa superficialité, qu'un trop bref moment pour qu'une conclusion valable puisse être donnée par tout autre qu'un clinicien extrêmement expérimenté, et, malgré cela, en faisant appel à un certain degré de théorisation qui pouvait ne pas entraîner l'adhésion de tous.

3 - Psychométrie

Un autre type de renseignements, celui de la psychométrie, ne m'a pas paru devoir être inclus dans la grille, ne serait-ce qu'en raison de son caractère d'être une variable. Mais aussi parce que les renseignements des tests psychologiques forment un tout ayant sa valeur en soi et que la grille d'étude constituerait en quelque sorte un autre type de "test" psychométrique à utiliser à côté des tests psychologiques.

4 - Problème de l'âge de l'enfant, de son "oedipification"

C'est là une critique fondamentale dans ce travail où je n'ai pas voulu faire de distinction dans l'âge de l'enfant. C'est une critique parce que la plupart des études séparent les enfants en fonction de leur âge. Que ce soit par la fixation plus ou moins fondée de l'âge limite où l'on peut encore parler de

"psychose de l'enfant" (sept ans pour certains, dix ans pour d'autres, etc...) Que ce soit surtout par la distinction dans les classifications les plus notables des "psychoses précoces" et des "psychoses de la phase de latence" ou encore à voir fixer par ANTHONY un groupe "intermédiaire" entre les deux âges précédents, soulignant ainsi l'intérêt qu'il porte à distinguer la pathologie de l'enfant en référence à l'âge.

C'est encore une critique d'un autre ordre que de ne pas distinguer l'âge dans une grille, car on peut se demander si la symptômatologie a la même valeur chez un enfant de deux ans et chez un autre de dix ans. Est-ce que l'on peut déduire la même signification de la classification dans une forme autistique d'un sujet de deux et d'un sujet de dix ans ? Ne faudrait-il pas une grille différente à chaque âge ?

En ce qui concerne l'âge limite de la psychose, les discussions entre les auteurs de diverses tendances sont nombreuses. L'on sait que, pour une part, ces discussions proviennent du désir de distinguer le moment où les manifestations de l'enfant malade peuvent être désignées sous le terme de schizophrénie plutôt que celui de psychose de l'enfant. Et plus précisément à reconnaître au niveau de la structure du sujet ce qui peut être considéré comme une destructuration, plutôt qu'une non structuration.

Il est cependant généralement très difficile de fixer avec précision l'âge de début. Et l'on fixe habituellement cet âge en fonction des premières manifestations ayant un caractère de franche "anormalité". L'étude attentive de l'ensemble (souvent bien difficile, puisque l'on se fonde dans certains cas uniquement sur les dires des parents et l'on a souligné combien ces dires pouvaient être entachés d'erreur) révèle généralement l'existence de perturbations bien antérieures.

Je ne prétends pas résoudre ce problème ; j'indiquerai seulement que tous les cas étudiés dans ce travail ont présenté des manifestations avant l'âge de dix ans.

A l'intérieur du cadre de la Psychose de l'enfant cependant, l'abandon de la référence classificatoire aux termes de psychose précoce ou de psychose de la phase de latence est sans doute justifié par cette remarque de G. AMADO :

"Chez les enfants psychotiques, il n'y a pas de latence, de même que plus tard, il n'y aura pas d'état adulte véritable, et même souvent pas d'adolescence psychologique".

L'on estime généralement, en effet, que l'enfant psychotique n'accède précisément pas à la problématique oedipienne génitale et que la psychose serait plutôt le témoin de l'échec des mouvements intégratifs.

La distinction d'une phase à l'autre établit "l'heure" à laquelle la psychose s'extériorise, ce qui ne signifie nullement que le processus ne se soit engagé plus précocement. Et même pour la plupart, aussi bien les tenants d'un processus "constitutionnel" (KANNER notamment serait de cet avis), donc en place dès la naissance, que pour les psycho-généticiens qui voient dans la psychose de l'enfant un processus se développant dans les premiers mouvements d'intégration de la personnalité, les références à un âge n'ont pas de signification au niveau de l'organisation du sujet autre qu'un mode pratique de classification qui en fait n'apprend qu'une chose sur l'enfant : son âge.

Cela signifie que le sujet est parvenu à élaborer certains moyens d'expression et de communication plus ou moins évolués en fonction de l'âge auquel il est parvenu avant que ne s'exprime son trouble.

Cela signifie aussi que la forme de la psychose est différente, puisque le sujet ne s'exprime pas de la même manière suivant qu'il est plus ou moins âgé. C'est au niveau du langage en particulier que cette différence est la plus notable. Plus le sujet est jeune lorsque s'instaure de manière évidente son trouble, moins il aura de chance de parler. L'on sait que ce caractère de non-langage est considéré comme un facteur de pronostic. Mais il peut être interprèté diversement. Ou bien que l'absence de langage empêche tout processus thérapeutique et donc laisse la place au maintien du sujet dans son trouble. Ou bien que précisément l'absence de langage a la signification d'un trouble profond, témoin de ce trouble, qui interdit au sujet toute évolution. En ce sens, le symptôme comme je l'envisage a une valeur au niveau de l'appréciation de "l'état" du sujet. L'instauration précoce de ce trouble, favorisant certes une prédominance d'aspects autistiques, signifie en lui-même la gravité du processus, mais cette gravité est retrouvée au niveau du tableau symptomatique.

Il me semble qu'une forme autistique n'a pas une valeur péjorative moins grande parce qu'elle survient à six ans, plutôt qu'à deux ans.

Par conséquent, dans la conception d'une étude du "niveau de communication" du sujet, l'âge ne me parait pas devoir être pris en considération, pour autant que cela concerne le seul problème de classification du sujet. Ce qui prime, c'est l'appréciation de sa présentation.

==*=*=*=*

II - RESULTATS

L'étude a donc porté sur 22 sujets observés au Centre Alfred Binet et sélectionnés en tant que "Psychoses". Ce diagnostic général a été posé après une étude approfondie de chaque cas (dans le cadre d'une étude du Centre).

Ces 22 cas de sujets psychotiques ont conduit à des observations plus ou moins détaillées. Et en particulier, dans certains de ces cas, existent des descriptions détaillées des sujets considérés, à des âges différents de leur vie, permettant de dessiner un tableau assez précis (à 2 ans, à 5 ans, à 10 ans, par exemple).

La grille symptomatique a été annotée en fonction de ces descriptions. On en retire ainsi, sur ces 22 cas, 58 observations suffisamment détaillées (d'autres observations ont été écartées, le dossier, bien que suffisant pour préciser un diagnostic de forme clinique étant autrement insuffisant dans le détail des symptômes manifestés).

A chaque tableau correspondait un diagnostic (autisme, état déficitaire, pré-psychose, ou psychose ou schizophrénie, ces deux derniers étant en règle moins précis et couvrant parfois les diagnostics de l'une ou de l'autre forme clinique). Pour chaque tableau également, j'ai noté soit le diagnostic de forme indiquée, ou, lorsque le tableau ne paraissait non conforme au diagnostic "estimé" à ce stade, je notais les deux (le mien et celui du dossier par exemple : I/III).

J'ai exprimé en chiffres romains ce diagnostic de forme clinique :

I - pour forme autistique,
II - pour forme déficitaire,
III - pour forme centrale "expressive",
IV - pour forme limite ou pré-psychose.

J'ai donc étudié simultanément pour chaque observation le diagnostic et les symptômes qui apparaissaient dans cette observation.

Le recueil de tous les symptômes attachés à un diagnostic donné a ensuite été totalisé. D'une part, pour les formes "typiques" (celles où il y avait concordance entre mon diagnostic et celui de l'observation) et, d'autre part,

les observations "douteuses" où il n'y avait pas cette concordance. J'ai totalisé les symptômes de ces deux groupes, ce qui amenait par exemple, quand le diagnostic pouvait s'exprimer comme I/III, à compter deux fois les symptômes : une fois dans le groupe I et l'autre fois dans le groupe III.

Cette manière de faire est évidemment très discutable ; pourtant, elle m'a paru juste, puisque l'absence d'une affirmation précise dans le dossier indiquait un doute et le refus de trancher par les observateurs, laissant supposer que ces formes pourraient être à cheval sur deux formes cliniques, auquel cas il semblait plus juste de les compter dans chacune des deux formes auxquelles elles pouvaient appartenir. Dans aucun cas, il n'y a eu de doute sur la possibilité d'appartenance à plus de deux formes cliniques différentes.

Voici deux tableaux avec la totalisation du nombre de fois où un symptôme apparaissait :

T) pour l'ensemble des 58 observations

I) pour la forme I

II) pour la forme II

III) pour la forme III

IV) pour la forme IV

- d'abord le chiffre brut,
- puis le pourcentage (rapport du nombre de fois où le signe est noté sur le nombre total d'observations dans le cadre considéré). C'est ce dernier résultat en % que j'ai d'abord étudié.

	T	I	II	III	IV	
1	6	5	0	0	0	
2	13	3	4	5	1	
3	8	3	4	5	1	
4	6	2	2	2	1	
5	9	3	2	2	1	
6	19	4	7	6	3	LANGAGE
7	3	2	2	0	0	
8	2	0	1	0	0	
9	12	1	4	4	3	
10	8	0	0	4	3	
11	15	1	2	8	5	
12	21	7	3	6	3	
13	33	9	6	12	6	
14	22	4	2	9	6	
15	20	4	1	10	3	
16	7	1	5	2	1	
17	15	5	5	3	3	
18	13	2	5	5	2	
19	11	3	7	2	2	
20	28	7	4	14	2	CONTACT
21	5	2	0	1	1	
22	20	2	3	13	2	
23	24	4	4	12	2	
24	20	5	3	9	1	
25	5	0	1	1	3	
26	5	2	0	1	1	
27	19	7	4	7	0	
28	19	4	7	5	3	
29	3	1	1	1	0	
30	10	3	7	1	2	ACTIVITE
31	18	0	4	9	3	
32	19	1	5	7	6	Comparaison entre le nombre total de réponses par signe avec le nombre total par groupe.
33	11	3	0	8	0	
34	13	5	0	7	2	
35	12	2	0	7	2	
36	3	0	0	2	1	
37	19	3	2	8	5	
38	10	0	5	4	0	
39	13	0	2	8	2	

	T	I	II	III	IV	
40	19	5	5	8	1	)
41	9	1	2	4	1	)
42	40	4	6	16	12	)
43	14	0	2	6	5	)
44	19	0	3	10	7	)
45	4	0	1	1	1	) Symptomes
46	8	1	1	3	3	) "d'EXTERIORISATION"
47	18	2	1	10	4	)
48	8	0	0	6	2	)
49	11	2	1	7	0	)
50	12	2	1	6	1	)
51	12	1	1	6	3	)

T - 58 observations

I - 10 observations type autistique

II - 10 observations type déficitaire

III - 21 observations type expressif

IV - 14 observations type pré-psychose

	T	I	II	III	IV
1	10 %	50 *	0	0	0
2	22	30	40 *	24	7
3	13	30	40 *	0	7
4	10	20	20	10	7
5	15	30 *	20	10	7
6	32	40	70 *	30	21
7	5	20 *	20 *	0	0
8	3	0	10 *	0	0
9	20	10	40 *	20	21
10	13	0	0	20 *	21 *
11	25	10	20	38 *	35 *
12	35	70 *	30	30	21
13	57	90 *	60	57	42
14	37	40	20	43	42
15	33	40	10	50 *	21
16	11	10	50 *	10	7
17	25	50 *	50 *	14	21
18	22	10	50 *	24	14
19	17	30 *	70 *	10	14
20	50	70 *	40	66 *	14
21	9	20 *	0	5	7
22	33	20	30	62 *	14
23	41	40	40	57 *	14
24	33	50 *	30	43	7
25	9	0	10	5	21 *
26	9	20 *	0	5	7
27	32	70 *	40	33	0
28	32	40	70 *	24	21
29	5	10	10	5	0
30	17	30 *	70 *	5	14
31	31	0	40	43	21
32	32	10	50 *	33	42 *
33	18	30 *	0	38 *	0
34	22	50 *	0	33 *	14
35	20	20	0	33 *	14
36	5	0	0	10	7
37	32	30	20	38	35
38	17	0	50 *	20	0
39	22	0	20	38 *	14
40	32	50 *	50 *	38	7
41	15	10	20	20	7
42	69	40	60	76	85 *
43	23	0	20	30	35
44	32	0	30	50 *	50 *
45	7	0	10	5	7
46	13	10	10	14	21
47	31	20	10	50 *	28
48	13	0	0	30 *	14
49	17	20	10	33 *	0
50	20	20	10	30 *	7
51	20	10	10	30 *	21

COMPARAISON ENTRE LES % DE RESPONSES PAR SIGNE

T)- sur les 58 observations

I)- Autistiques : 10 observations

II)- Déficiataires : 10 observations

III)- Expressifs : 21 observations

IV)- Pré-psychoses : 14 observations

* = Fréquence au-dessus de la moyenne générale

encadrés = les fréquences très élevées

A - ETUDE DES SYMPTOMES - FREQUENCE ET SIGNIFICATION

1 - Symptômes peu fréquents : moins de 10 %

	T	I	II	III	IV
. absence de langage (n°1)	10 %	50 %	0	0	0
. trouble grave de l'élaboration (4)	10	20	20	10	7
. jargon (7)	5	20	20	0	0
. néologisme (8)	3	0	10	0	0
. contact captatif (21)	9	20	0	5	7
. conformisme (25)	9	0	10	5	21
. narcissisme (26)	9	20	0	5	7
. apragmatisme (29)	5	10	10	5	0
. hyperactivité (36)	5	0	0	10	7
. tics (45)	7	0	10	5	7

Commentaire :

Le fait qu'un signe soit peu fréquent mérite d'être étudié suivant deux points de vue :

- d'une part, s'il est peut fréquent, cela peut indiquer que sa valeur comme "signe de la psychose" n'est pas grande et qu'il est un signe que l'on peut trouver parfois, mais sans que son intérêt soit considérable dans l'étude différentielle de la psychose. Nous verrons plus bas qu'un certain nombre de symptômes apparaissent ainsi ne pas présenter un grand intérêt.

- d'autre part, si un signe apparaît peu de fois de manière globale pour l'ensemble des dossiers, mais beaucoup plus souvent dans une forme particulière, au contraire ce "faible pourcentage" apparaît comme significatif d'une grande spécificité de la forme.

- Pour "absence de langage" (1), il semble important de le distinguer de "mutisme ou refus de parler" (2), en ce sens qu'il constate l'absence d'apparition du langage, ce qui parait assez spécifique de l'autisme, et est considéré par de nombreux auteurs comme un facteur de pronostic essentiel (sa persistance après cinq ans).

- Pour "trouble grave de l'élaboration" du langage (4) qui est apparemment peu fréquent, il nous semble pourtant que cette faible fréquence est une conséquence du mode de travail sur des dossiers où ce type de signe n'est pas noté, ou alors confondu avec d'autres types de troubles du langage. Sa fréquence relativement élevée dans les formes déficitaires et expressifs (20 %) nous parait quand même significative et mériter qu'on retienne ce signe qui est différent de "l'absence de langage" d'un côté, et de l'autre du "langage peu élaboré, puéril" ou des "troubles de la syntaxe".

- "Jargon" et "néologisme" (7 et 8), par contre, paraissent de peu d'intérêts, essentiellement empruntés à la symptomatologie de la schizophrénie adulte, relativement rares (3 fois et 2 fois respectivement sur 58 observations), et selon le cas mieux cotés sous les rubriques "manipulation du langage", ou inversement "pauvreté du langage".

- "Contact captatif" (21), bien que rarement noté dans les observations, nous semble relativement fréquent (si on lit "entre les lignes" de l'observation) et là encore c'est un signe qui parait surtout n'avoir pas attiré l'attention. Sa relative fréquence dans la forme déficitaire parait mériter qu'on la retienne. Il semble aussi que ce signe soit plus explicite si on lui rajoute "trop bon contact" à titre d'explication, bien que cela puisse de discuter. J'entends surtout sous ce terme un type de contact très particulier, différent de "l'absence" de contact et différent du "bon contact".

- "Conformisme" (25) mieux expliqué si on rajoute "froideur", et "superficialité" parait mériter d'être retenu par sa relative fréquence dans la forme pré-psychotique.

- "Narcissisme" (26) semble trop difficile à coter, laissant trop de part à l'interprétation personnelle de l'observateur et à sa théorisation. Il nous semble de plus que cela apporte peu à la distinction de différentes formes (bien qu'apparemment la fréquence paraisse plus grande dans le type autistique).

- "Apragmatisme" (29) apparait, lui aussi, trop emprunté à la symptomatologie de la schizophrénie adulte, et généralement mieux noté par "hypo-activité, désintérêt" ou encore "inhibition".

- "Hyperactivité" (36) paraît souffrir de sa proximité symptomatique de "grande agitation". Là encore, c'est un symptôme qui n'est noté que rarement, même si l'impression que l'on a est qu'il est bien plus fréquent.

- "Tics" (45). Par rapport à l'impression initiale que ce signe avait une certaine importance, je suis surpris de sa rareté. Peut-être, là encore, n'est-il pas noté (et dans la plupart des cas, lorsque ce signe est noté, c'est en citant une phrase des parents qui le signale). Il me semble qu'il faut le retenir en le couplant à "stéréotypies simples", comme ayant une signification identique d'un "malaise exprimé de manière limitée". Bien que cela ne ressorte pas clairement, il me semble que si ce signe était noté systématiquement, il prendrait une plus grande valeur. Il semblerait également qu'il soit fréquemment confondu sous le terme "rites". Il y aurait sans doute lieu de le préciser également sous ce terme.

2 - Entre 11 % et 19 %

	T	I	II	III	IV
. Langage puéril (3)	13	30	40	0	7
. Trouble de la syntaxe (5)	15	30	20	10	7
. Sophistication, maniérisme (10)	13	0	0	20	21
. Puérilité, niaiserie (16)	11	10	50	10	7
. pauvreté (19)	17	30	70	10	14
. Activité peu élaborée (30)	17	30	70	5	14
. Maniement, formes non significatives (33)	18	30	0	38	0
. Acquisitions stagnantes (38)	17	0	50	20	0
. Stéréotypies complexes (41)	15	10	20	20	7
. Auto-mutilation (46)	13	10	10	14	21
. Psychopathie (48)	13	0	0	30	14
. Trouble sphère digestive (49)	17	20	10	33	0

Commentaire :

- Un premier groupe : langage puéril (3), puérilité, niaiserie (16), pauvreté (19), activité peu élaborée (30), acquisitions stagnantes (38) semble

caractéristique de la forme déficitaire, où sa proportion est élevée. Si le chiffre total est bas, cela est sans doute issu du fait que, dans le nombre total des observations, il y en avait peu de la forme déficitaire. De plus, ce décalage entre le % hors tout et le % dans la forme déficitaire paraît indiquer une assez grande spécificité du symptôme.

- Dans un deuxième groupe : troubles de la syntaxe (5), sophistication, maniérisme dans le langage (10), maniement de formes non significatives (33), troubles psychopathiques (18) et troubles de la sphère digestive (49), le chiffre en % hors tout est bas ; mais dans l'une ou l'autre des formes, il est plus élevé ce qui paraît dénoter une spécificité. Cela est net pour 10 plus fréquent, et cela paraît logique, dans les formes expressive et pré-psychotique, 33 dans les formes autistique et expressive. Pour ce signe, il est à noter que c'est le seul qui se trouve dans deux formes non contiguës. (En général, les signes sont retrouvés dans une forme, ou encore dans deux formes (I et II, III et IV, ou encore II et III) paraissent indiquer un "passage" d'une forme à l'autre dont nous reparlerons).

- Pour "maniement de formes non significatives" (33), il semble que l'objet soit différent dans les deux formes ; dans la forme autistique, par exemple, il peut s'agir du jeu stéréotypé avec une ficelle, un bout de bois, etc... tandis que dans la forme expressive, "l'objet non significatif" est plus élaboré, pouvant être un jeu complexe avec des chiffres par exemple.

- Troubles psychopathiques (48) paraît significatif par sa nette fréquence dans la forme expressive, mais il faut préciser qu'il apparaît nettement que ce signe doit être intégré dans une signification d'agressivité en général et qu'il parait plus logique de l'accoler à "manifestations caractérielles", un même enfant faisant souvent l'un et l'autre de ces symptômes simultanément, ou passant de l'un à l'autre sans qu'apparaisse très nettement une délimitation qui pourrait faire penser qu'il s'agit d'une modification dans sa manière d'appréhender le monde. Il semble que ce soit lié aux possibilités que l'âge donne, sans que soit modifiée la symptomatologie générale, "l'état" du malade.

- "Troubles de la sphère digestive" (49) est généralement reconnu comme une manifestation importante. Elle est ici plus particulièrement importante dans la forme expressive de manière qui parait très nette, ce qui est quand même un

sujet d'étonnement, car je m'attendais à voir prédominer ce signe dans les formes les moins organisées. Cependant, il m'a semblé que ce signe était noté davantage chez les sujets jeunes, indépendamment de la forme de psychose (par jeunes, j'entends : moins de 5 ans). Il a alors la valeur du "symptôme par lequel l'enfant peut s'exprimer" en fonction des moyens que son âge lui donne.

- "Troubles de la syntaxe" (5) : les résultats sont un peu paradoxaux à première vue, puisqu'on s'attendrait à voir ce signe se manifester avec le plus de netteté lorsque le langage est le plus développé, c'est-à-dire dans les formes les plus "évoluées". Or, il décroît régulièrement (30 %, 20 %, 10 %, 7 %) en passant de la forme autistique à la forme pré-psychotique. Il prend donc une signification de "non organisation intégrative".

- Le troisième groupe comprend 41 et 46, où les différences de fréquence entre les formes sont peu accentuées.

. pour "stéréotypies complexes" (41), il me semblait au départ qu'il serait nettement caractéristique de la forme autistique. Cela ne ressort pas des dossiers exploités, mais il est possible que cela soit dû à l'utilisation par les observateurs des termes "rites" ou "obsessions" ou encore de "stéréotypies", sans distinction de leur caractère complexe ou non.

. Pour "auto-mutilation" (46), qui me semblait devoir être plus fréquent dans les formes autistiques, l'étonnement vient de l'absence d'une telle constatation (mais sans doute l'auto-mutilation est-elle fréquente dans les autismes hospitalisés, ce qui n'est pas le cas des enfants étudiés) et, d'autre part, cette hypothèse même paraît devoir être mise en question par la fréquence croissante de la forme autistique à la forme pré-psychotique, bien que discrète (10 %, 10 %, 14 %, 21 %) qui évoque l'idée que l'enfant s'auto-agresse le plus lorsqu'il est le moins "protégé" par son retrait.

3 - Etude des signes à fréquence élevée

	T	I	II	III	IV
. Isolement (13)	57 %	90 %	60 %	57 %	42 %
. Refus contact collectif (20)	50	70	40	66	14
. Etrangeté (23)	41	40	40	57	14
. Rites, obsessions, phobies (42)	69	40	60	76	85

- Pour les deux premiers, 13 et 20, qui paraissent être les signes les plys typiques de la psychose en général, au moins au sens où l'on prête à l'enfant l'intentionnalité de son retrait, il est logique de constater la fréquence particulièrement élevée dans la forme autistique et sa décroissance progressive vers la forme pré-psychotique, exception faite du "refus de contact collectif" qui est moins net dans les formes déficitaires, ce qui paraît également logique à condition d'une prise en charge de ces enfants dans un établissement non scolaire. C'est pourquoi il paraît plus spécifique de lier ce signe à la "phobie scolaire", l'entrée à l'école marquant en règle la constatation de ce symptôme du refus du contact collectif et la distinction avec l'isolement étant alors plus nette. La signification pour la phobie scolaire paraissant généralement liée à ce refus du contact collectif, plutôt qu'au refus de la scolarité proprement dite (qui, dans un certain nombre de cas, est poursuivi hors de l'école).

- Pour "Etrangeté" (23), il me semble qu'on doit l'étudier avec "discordance" (22) et "impénétrabilité" (24).

	T	I	II	III	IV
22	33	20	30	62	14
23	41	40	40	57	14
24	33	50	30	43	7

Ce qui est net, c'est la faible fréquence dans la forme pré-psychotique, mais aussi la relative fréquence dans la forme expressive (sauf pour impénétrabilité qui est plus fréquent pour la forme autistique).

C'est, en effet, un groupe de signes qui marquent de manière insaisissable la "différence" de cet enfant, différence fréquemment notée par l'instituteur sans qu'il puisse l'expliquer (surtout l'étrangeté). L'enfant le plus intégré est donc celui qui se remarque le moins de cette manière, mais l'enfant le moins intégré (formes autistiques et déficitaire) l'est en général si peu qu'il est dans un établissement spécialisé qui n'aura pas recours à ce type de symptômes pour exprimer le comportement de l'enfant (sauf pour l'impénétrabilité devant l'autistique).

C'est parce que ces trois signes paraissent signifier la même impression de l'observateur de "l'atypicité" de l'enfant qu'il me semble logique de les grouper ensemble.

- Il reste "rites, obsessions, phobies" (et "peurs") (42), qui est le signe le plus fréquent dans toutes les observations, au point qu'à première vue il me paraissait dénué de spécificité ; mais sa fréquence progressivement croissante de la forme autistique à la forme pré-psychotique paraît significative.

Par ailleurs, il peut paraître discutable de grouper rites, obsessions, phobies et peurs, mais mon impression a été qu'ils avaient un sens identique d'organisation de l'angoisse par l'enfant, et que celui-ci s'exprimait par l'un ou l'autre simultanément ou à des moments différents.

4 - Signes paraissant sans spécificité

		T	I	II	III	IV
. trouble grave élaboration langage	(4)	10	20	20	10	7
. solitude	(14)	37	40	20	43	42
. Apragmatisme	(29)	5	10	10	5	0
. Hyperactivité	(36)	5	0	0	10	7
. stéréotypies complexes	(41)	15	10	20	20	7
. tics	(45)	7	0	10	5	7
. Auto-mutilation	(46)	13	10	10	14	21

Par sens spécificité, j'entends les signes qui ne paraissent pas nettement plus fréquents dans une colonne (bien que cela ne soit pas tout à fait vrai, notamment pour 46 dont on a déjà parlé).

- Il est à noter qu'à part "solitude" (14), tous les autres signes sont d'une faible fréquence globale (on a ainsi déjà discuté de leur valeur plus haut).

Il semble qu'en dehors de quelques exceptions, les signes les plus spécifiques d'une forme de psychose soient loin d'être "pathognomonique" et que leur caractéristique est au contraire de pouvoir être retrouvée dans toutes les formes. Cela paraît mériter d'être dit, bien qu'assez évident pour les cliniciens.

5 - Signes paraissant avoir une grande spécificité pour une forme.

C'est-à-dire signes où, dans une colonne, le pourcentage est supérieur de 20 % au pourcentage général :

	T	I	II	III	IV
(Par exemple n° 1	10	50	0	0	0)

Il s'agit, pour la forme autistique, de :

. absence de langage (1)
. indifférence (12)
. isolement (13)
. désintérêt (27).

Pour la forme déficitaire :

. stéréotypies (langage) (6)
. puérilité, niaiserie (16)
. superficialité (18)
. hypo-activité (28)
. activité peu élaborée (30)
. acquisitions stagnantes (38)

Pour les formes autistiques et déficitaires :

. hypo-expressivité (17)
. pauvreté (19)

Communs à la forme autistique et à la forme expressive :

. refus du contact collectif (20)
. maniement de formes non significatives (33)
. aptitudes paradoxales (34)

Pour la forme expressive seule :

. discordance (22).

On note l'absence de signe nettement spécifique pour la forme pré-psychotique.

Les signes les plus fréquemment spécifiques se retrouvent dans les formes autistiques et déficitaires, c'est-à-dire effectivement celles qui sont les mieux délimitées classiquement.

Il est intéressant de noter la différence entre la grille type pour la forme autistique rédigée grâce aux observations étudiées, et la grille qui ressort d'une étude de trois observations de sujets psychotiques hospitalisés en asile pratiquement toute leur vie.

Ces trois sujets diffèrent dans leurs symptomes :

Il leur manque :
- . aptitudes paradoxales (34)
- . désintérêt (27)
- . hypo-expressivité (17)
- . indifférence (12)

Ils ont en plus :
- . grande agitation (37)
- . maniement de formes non significatives (33)
- . activités peu élaborées (30)
- . activités maladroites (32)
- . hypo-activité (28)
- . pauvreté (19)

C'est-à-dire, si on rapproche ces 3 observations des "signes apparaissent avoir une spécificité", qu'il y a une modification du tableau typique d'autisme (même si le faible nombre reste discutable pour en tirer des conclusions définitives) et, d'autre part, il semble qu'il y ait à la fois des signes de plus grande activité, mais aussi plus pauvres, situant ces 3 sujets en intermédiaire entre les formes autistiques et déficitaires (ce qui rejoint les propos classiques sur "la débilisation des psychotiques et la psychotisation des débiles" placés en institution hospitalière).

Par ailleurs, sur les 16 signes du groupe à "fréquence paraissant importante", il faut noter que 15 d'entre eux appartiennent aux formes autistique et déficitaire ou aux deux.

6 - Signes paraissant avoir une signification identique

"Stéréotypies dans le langage" et "anomalies de la tonalité" (6 et 9). Leur fréquence n'est pas la même, ni leur répartition identique, bien que cependant leur fréquence ne soit significative que dans la forme déficitaire. Il nous semble pourtant s'agir de signes qui devraient être plus fréquents dans la forme expressive. Il s'agit là d'une "impression" que nous ne pouvons prouver. Nous entendons par ces signes les troubles du contrôle tonique du langage qui paraissent se situer au point de vue clinique à mi-chemin entre le refus d'utilisation et l'hyper investissement du langage.

"Puérilité-niaiserie", "hypo-expressivité" et "pauvreté" (16-17-19), dont la fréquence est particulièrement nette dans le type déficitaire (sauf pour 16). De cette manière (en les accolant), on peut espérer qu'ils deviennent plus spécifiques encore et plus différenciés par rapport à l'autisme.

"Refus du contact collectif" et "phobie scolaire" (20 et 39), dont on a déjà parlé.

"Discordance", "étrangeté", "impénétrabilité" (22-23-24) (voir plus haut).

"Conformisme" et "superficialité" (25-18), qui me paraissent mieux se caractériser l'un l'autre par rapport à certaines observations de type pré-psychotiques.

"Désintérêt", "hypo-activité" et "apragmatisme" (27-28-29) me paraissent avoir un même sens et entraîner un meilleur intérêt pour ces signes en les groupant (ce qui les éclaire l'un l'autre). Ils paraissent pouvoir être caractéristiques d'une sous-forme du groupe expressif (dont nous reparlerons).

"Hyper-activité" et "grande agitation" (36-37).

"Idées délirantes", "idées bizarres" (43-44) : la délimitation chez l'enfant de l'idée délirante paraît difficile à établir et, dans plusieurs observations, ce n'est qu'après un certain temps que l'on conclut à l'aspect délirant d'une idée "bizarre". Le chemin en sens contraire paraît assez rare.

"Stéréotypies simples" et "tics" (40-45) dont on a déjà parlé.

"Troubles caractériels" et "troubles psychopathiques" (47-48), dont on a également parlé.

7 - Signes paraissant ne pas devoir être retenus

"Jargon" et "néologismes" (7-8) (voir plus haut).

"Narcissisme" (26) (voir plus haut).

Il s'agit de signes dont la fréquence est peu élevée sur l'ensemble des observations.

Le signe "opposition" (15) paraît devoir être complèté par "agressivité", le sens de l'opposition paraissant être cela. Le contexte dans les observations étudiées lui donne bien ce sens.

8 - Enfin, il manque deux ordres de signes, il me semble :

1) le type de contact, que l'on peut caractériser d' "alternant", tantôt trop bon, tantôt très mauvais, qui paraît assez fréquent, mais que je n'ai pas pu noter.

2) l'onanisme, l'exhibitionnisme, et les préoccupations sexuelles, que j'avais au départ rejetés, les pensant trop fréquents pour pouvoir avoir une signification, mais qui en fait paraissent caractéristiques de certaines observations et dont la fréquence n'est apparemment pas si élevée.

De ces dernières notes découle une modification de la grille initiale comme suit.

B) GRILLE SYMPTOMATIQUE POUR LA CLASSIFICATION DES PSYCHOSES DE L'ENFANT.

I - Langage

1 . absence de langage (n'a jamais parlé) ou retard, ou langage réduit.

2 . mutisme ou refus de parler (chez un sujet qui a déjà parlé ou qui peut parler).

3 . trouble grave de l'élaboration (langage incompréhensible par la mauvaise utilisation, l'absence de syntaxe, le monosyllabisme, etc.).

4 . langage non élaboré (infantilisme, pauvreté du vocabulaire). (absence de progression dans le développement du langage)

5 . stéréotypies (écholalie, palilalie, bégaiement, tout trouble de la tonalité, trouble de l'articulation).

6 . trouble de la syntaxe.

7 . hyper-élaboration (sophistication, maniérisme, manipulation du langage).

II - Relation

8 . indifférence à autrui (à l'exception de quelques personnages parfois comme la mère. Apparent désintérêt pour les personnes).

9 . isolement ou autisme (retiré de tout contact avec les autres, que le sujet paraît fuir).

10 . solitude (absence de relations, sans qu'il y ait apparemment de refus ou de fuite).

11 . opposition, agressivité.

12 . puérilité, niaiserie, hypo-expressivité, pauvreté.

13 . Refus du contact collectif, phobie scolaire ou difficultés d'insertion scolaire aboutissant à l'exclusion.

14 . contact captatif (avec en général un personnage, la mère, ou en relation individuelle : trop bon contact).

15 . contact alternant ("trop bon" et "mauvais" selon les moments).

16 . étrangeté, discordance, impénétrabilité (enfant "bizarre", sentiment indéfinissable qu'il provoque notamment chez l'instituteur, sans qu'il y ait de "trouble cu comportement").

17 . conformisme, froideur, superficialité (enfant trop sage, trop poli, manque de chaleur et de "vérité").

III - activité

18 . désintérêt, hypo-activité, apragmatisme ("reste toute la journée à ne rien faire", "ne s'intéresse à rien").

19 . inhibition (blocage dans une activité, impossibilité de dépassement, aspect figé, angoissé).

20 . activités peu élaborées (au-dessous de son âge, de peu d'intérêt).

21 . acquisitions stagnantes.

22 . activités maladroites (préhension, exécution, maniement).

23 . décalage entre l'opérativité et le niveau QI (l'un trop "mauvais" par rapport à l'autre, le QI, qui est assez élevé).

24 . aptitudes paradoxales (connaissances ou opérativité dans un domaine qui dépasse les capacités habituelles : calculateurs, mémorisations, etc.), dons en mathématiques.

25 . maniement de formes non significatives (jeux ou travail ou préoccupation apparemment incompréhensible).

26 . hyperactivité, grande agitation, hypomanie ("touche à tout", "instabilité", etc.).

IV -"Symptome d'appel" ou symptome dominant

(Manifestation typique d'un enfant donné au travers de son évolution et qui est en général assez "parlant" pour être reconnu par tous).

27 . stéréotypies complexes élaborées (balancements, "head-banging", mouvements rythmiques, etc...).

28 . auto-mutilation ou auto-agressivité.

29 . stéréotypies simples, tics (gestes des mains, de la bouche, de la tête : limitée à un segment du corps).

30 . rites, obsessions, "phobies", "peurs".

31 . idées bizarres, étranges, délirantes, délire.

32 . Manifestations caractérielles (agressivité, violences, actes clastiques, bris).

33 . troubles de la sphère digestive (anorexie, boulimie, constipation, diarrhée, mérycisme, etc...).

34 . troubles du sommeil.

35 . onanisme, exhibitionnisme, préoccupations sexuelles.

36 . angoisse non thématique.

C) ETUDE DES FORMES EN FONCTION DES GROUPES DE SYMPTOMES.

En fonction de la fréquence de chaque signe, en ne retenant que les signes dont la fréquence paraît supérieure de 10 % à la fréquence globale, on peut donner les tableaux caractéristiques des différentes formes que j'essayais d'individualiser : (tableau ci-dessous)

- Forme I : autistique
- Forme II : déficitaire
- Forme III : expressive
- Forme IV : pré-psychose.

Il faut noter l'absence de symptome langage dans les formes Expressive et Pré-psychotique autres que la sophistication, les maniérismes ou la manipulation du langage, c'est-àdire des symptomes qui signifient un "niveau" assez élevé dans la verbalisation.

De même, pour le dernier groupe de symptomes, que j'ai appelé "symptome d'appel" ou "symptome dominant", qui sont des symptomes relativement élaborés et dont la fréquence est pratiquement nulle dans les formes autistiques et déficitaires et plus importante dans les formes expressives et pré-psychotiques.

C'est souligner l'intérêt de la grille en tant qu'instrument de mesure du degré d'organisation" d'un sujet, puisque les premiers signes prédominent dans leurs formes les plus "organisées".

De la même manière, j'ai essayé, dans chaque groupe de symptomes, de les ranger du moins "organisé" au plus "organisé" (ce qui n'était pas net dans la première grille).

Cet aspect paraît confirmer l'idée que, dans la psychose, les quatre formes distinguées correspondent à quatre degrés dans l'évolution de la maladie, allant du plus simple au plus complexe, l'enfant réagissant à sa difficulté d'insertion en s'enfonçant plus ou moins, c'est-à-dire en présentant des symptomes plus ou moins organisés.

C'est aussi la possibilité pour lui, à différents moments de sa vie, "d'aller plus ou moins bien", ceci se traduisant par une "élévation" dans ses symptomes ou le contraire. Nous essaierons de voir plus loin ces évolutions dans le cadre d'une observation avec passages d'une forme à l'autre.

Il faut encore noter le faible nombre de symptomes paraissant avoir un pourcentage significatif, dans la forme pré-psychotique.

C'est-à-dire que le tableau, dans cette forme "limite", paraît moins net, moins évident, d'où les discussions habituelles sur le diagnostic en présence d'un enfant de ce type.

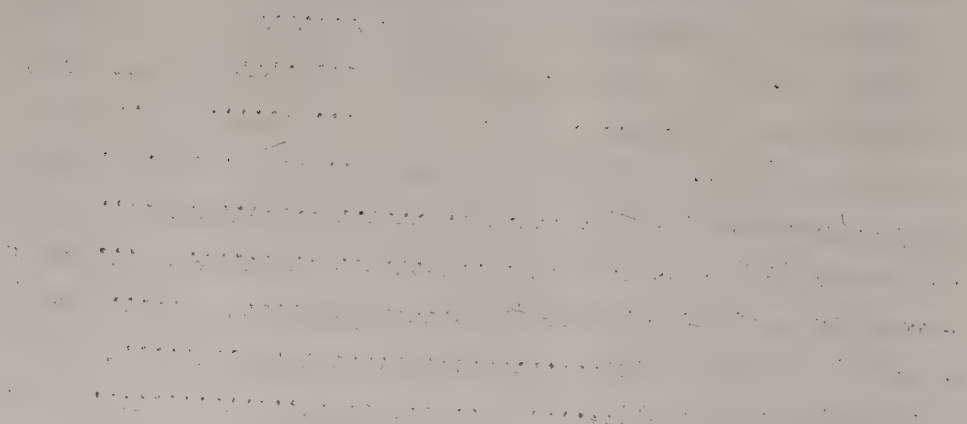
Dans quelques observations, les enfants étaient classés par l'observateur comme névrotiques à un moment donné de leur évolution, et cela se traduisait par un "appauvrissement" encore plus considérable dans la notation de la grille.

Il semble essentiel de souligner ce côté mal défini, peu explicite du tableau de pré-psychose , tableau limite où la discussion paraît obligatoire devant le peu de signes, et l'on peut se douter que la discussion cas par cas n'est pas prête de se terminer entre organisation psychotique ou non, du fait de l'absence d'un tableau sundromique net.

Fréquence au-dessus de la moyenne (en %)

. Forme autistique :

- absence de langage (1)..... 50 %
- troubles de la syntaxe (5)..... 30 %
- jargon (7)..... 20 %
- indifférence (12)..... 70 %
- isolement (13)..... 90 %
- hypo-expressivité (17)..... 50 %
- pauvreté (19)..... 30 %
- refus du contact collectif (20)..... 70 %
- contact captatif (21)..... 20 %
- impénétrabilité (24)..... 50 %



- narcissisme (26)..... 20 %
- désintérêt (27)..... 70 %
- activité peu élaborée (30)..... 30 %
- maniement de formes peu significatives (33)..... 30 %
- aptitudes paradoxales (34)..... 50 %
- stéréotypies (40)..... 50 %

. Forme déficitaire :

- mutisme ou refus de parler (2)..... 40 %
- langage puéril (3)..... 40 %
- stéréotypies du langage (6)..... 70 %
- jargon (7)..... 20 %
- néologismes (8)..... 10 %
- anomalies de la tonalité (9)..... 40 %
- puérilité, niaiserie (16)..... 50 %
- hypo-expressivité (17)..... 50 %
- superficialité (18)..... 50 %
- pauvreté (19)..... 70 %
- hypo-activité (28)..... 70 %
- activité peu élaborée (30)..... 70 %
- activités maladroites (32)..... 50 %
- acquisitions stagnantes (38)..... 50 %
- stéréotypies simples (40)..... 50 %

. Forme expressive :

- sophistication, maniérisme (10)..... 20 %
- manipulation du langage (11)..... 38 %
- opposition (15)..... 50 %
- refus du contact collectif (20)..... 66 %
- discordance (22)..... 62 %
- étrangeté (23)..... 57 %
- inhibition (31)..... 43 %
- maniement de formes non significatives (33)..... 38 %
- aptitudes paradoxales,(34)..... 38 %

- décalage opérativité et niveau QI (35)..... 33 %
- phobie scolaire (39)..... 38 %
- idées bizarres (44)..... 50 %
- troubles caractériels (47)..... 50 %
- troubles psychopathiques (48)..... 30 %
- troubles de la sphère digestive (49)..... 33 %
- troubles du sommeil (50)..... 30 %
- angoisse non thématique (51)..... 30 %

. Forme pré-psychotique :

- sophistication, maniérisme (10)..... 21 %
- manipulation du langage (11)..... 35 %
- conformisme (25)..... 21 %
- activités maladroites (32)..... 42 %
- rites, obsessions, phobies (42)..... 85 %
- idées bizarres (44)..... 50 %

D - FREQUENCE DES SYMPTOMES EN FONCTION DE LA FORME CONSIDEREE

Moyenne de signes par observation :

. Forme autistique..... 11,5 symptomes
. Forme déficitaire..... 14,5 "
. Forme expressive..... 13,8 "
. Forme pré-psychotique.. 7 "

En faisant la moyenne du nombre de signes par observation dans une forme donnée, on note la chute importante du nombre de signes dans la forme pra-psychotique.

De plus, dans la forme pré-psychotique, la dispersion est au maximum par rapport aux autres formes. C'est-à-dire qu'il y a au total, pour la forme pré-psychotique, un grand nombre de signes cotés un faible nombre de fois (soulignant l'aspect peu spécifique du signe pour cette forme et, d'une manière générale, le caractére difficile à délimiter de cette forme).

Voici deux tableaux qui soulignent cette dispersion :

- dans le premier, on note le nombre de symptomes qui, dans une forme donnée, ont été retrouvés sur l'ensemble des observations de cette forme : d'abord une fois au moins, puis deux fois au moins, etc...

- le tableau suivant note en pourcentage ces chiffres (pourcentage de symptomes par rapport au nombre total de symptomes possibles, c'est-à-dire 51, et pourcentage d'observations dans lequel un symptome est retrouvé par rapport au nombre total d'observations dans cette forme).

	Nombre de symptomes notés	nombre de fois retrouvés au minimum
Forme autistique :	43 symptomes	1 fois
(10 observations)	32 "	2 "
	24 "	3 "
	15 "	4 "
	9 "	5 "
Forme déficitaire :	42 "	1 "
(10 observations)	32 "	2 "
	23 "	3 "
	19 "	4 "
	12 "	5 "
Forme expressive :	47 "	1 "
(21 observations)	41 "	2 "
	36 "	3 "
	34 "	4 "
	30 "	5 "
Forme pré-psychotique :	43 "	1 "
(14 observations)	30 "	2 "
	20 "	3 "
	9 "	4 "

En pourcentage :

	% de symptomes / 51	/ % d'observations Nombre d'observations dans cette forme.
Forme autistique :	85 %	10
	60	20
	45	30
	30	40
	20	50
Forme déficitaire :	80 %	10
	60	20
	45	30
	35	40
	22	50
Forme expressive :	90 %	5
	80	10
	70	15
	65	20
	60	25
	40	35
	15	50
Forme pré-psychotique :	85 %	8
	60	16
	40	25
	20	32

C'est-à-dire, par exemple, pour la forme autistique, 85 % des symptomes sont retrouvés dans dix pour cent (10 %) des observations.

Ce qui est important à noter, c'est que ce premier chiffre est voisin

dans toutes les formes :

80 % pour 10 % forme déficitaire
80 % pour 10 % forme expressive
85 % pour 8 % forme pré-psychotique

Autrement dit, la dispersion des symptomes que l'on peut observer dans chaque forme est à peu près la même.

Pour 40 % environ des symptomes possibles, le pourcentage d'observations par rapport au total des observations dans une forme :

Forme autistique	: 45 %	30 %	d'observations
Forme déficitaire	: 45 %	30 %	"
Forme expressive	: 40 %	35 %	"
Forme pré-psychotique	: 40 %	25 %	"

Pour la forme expressive, en ramenant à 45 %, on trouverait un chiffre d'observations de l'ordre de 30 %, tandis que le même artifice dans la forme pré-psychotique remènerait à 20 %.

Autrement dit, pour les 3 premières formes, les chiffres se suivent à peu près, tandis que la forme pré-psychotique se différencie nettement.

Cela signifie que, lorsque l'on tend à rechercher des symptomes "spécifiques", c'est-à-dire se retrouvant en commun dans un grand nombre d'observations, ce chiffre reste encore élevé pour les 3 premières formes, alors qu'il est beaucoup plus bas pour la forme pré-psychotique.

Cela est encore plus nettement retrouvé pour le chiffre de 20 % de symptomes, c'est-à-dire un nombre encore plus réduit de symptomes, dont la valeur spécifique devrait croître :

Forme autistique	: 20 %	50 %	des observations
Forme déficitaire	: 22 %	50 %	"
Forme expressive	: 15 %	50 %	"
Forme pré-psychotique	: 20 %	32 %	"

Cela souligne donc le fait que le tableau symptomatique de la forme pré-psychotique est la moins bien individualisée, celle que l'on peut le moins facilement caractériser et délimiter et qu'il y a peu de signes spécifiques,

comme on le soulignait plus haut.

Il nous semble aussi que, dans le diagnostic de cette forme, si l'on se base sur cette grille symptomatique, à la différence des autres formes, on doit retenir le faible nombre de signes retrouvés (moyenne 7 avec un maximum de 9 dans les cas étudiés les plys typiques, c'est-à-dire en ne tenant pas compte des cas "douteux"), la dispersion des symptomes qu'on peut noter par rapport à la grille type, et la rareté de signes "typiques" parmi ceux retrouvés.

E - ETUDE DE L'EVOLUTION

Du groupe de 22 dossiers étudiés, j'en ai retiré un dans lequel l'évolution n'avait pas été suivie plus de cinq ans.

Dans les 21 observations restantes, j'ai essayé de classer le tableau dans une des quatre formes cliniques à différents âges, par exemple 2 ans, 5 ans, 10 ans, 15 ans, et enfin j'ai noté le diagnostic "Adulte" lorsqu'il était noté.

Pour les diagnostics de formes, j'ai retenu celui de l'observation, ce qui était assez simple lorsqu'il s'agissait d'autisme, de formes déficitaires, ou de pré-psychose. Pour le diagnostic "Psychose" ou "Schizophrénie de l'enfance", dans un certain nombre de cas mon impression était différente et j'ai mis alors les deux diagnostics, par exemple : Autistique / Expressive.

Exemple d'une observation (N° 7) :

4 ans = normal ?
6 ans = expressive/pré-psychotique
10 ans = expressive
13 ans = expressive
Adulte : "débilisation"

Sur 21 cas étudiés, 57 diagnostics de formes de psychose de l'enfant ont été posés, se répartissant :

5 fois Autistique
1 fois Autistique/Déficitaire
5 fois Autistique/Expressive
6 fois Déficitaire

1 fois Déficitaire/Expressive
2 fois Déficitaire/Pré-psychotique
23 fois Expressive
4 fois Expressive/Pré-psychotique
10 fois Pré-psychotique

(Le nombre total et par forme est différent de ceux étudiés précédemment, parce que, dans certaines observations, les renseignements étaient insuffisants pour qu'un tableau net soit dessiné, et je n'ai donc pas retenu précédemment ces formes. Par contre, le diagnostic étant bien précisé, je pense pouvoir les retenir pour l'étude de l'évolution.)

Dans 16 cas, un diagnostic à l'âge adulte a été noté :
- schizophrénie (Hébéphrénie, "débilisation") : 11 fois
- "névrotisation"..... : 5 fois

Sur ce point, je ne conclurai pas, le nombre de cas étudiés étant trop peu élevé pour pouvoir en inférer une argumentation sur le pronostic d'ensemble de "la psychose", et de plus, trop de facteurs interviennent sur cette évolution, comme la famille, l'étiologie, le mode de prise en charge et sa durée, etc...

Par contre, ce sujet ayant été par ailleurs largement étudié, on peut néanmoins étudier l'évolution par rapport à la forme initiale, dans les cas où un diagnostic de forme a pu être noté avant l'âge de cinq ans ou à cinq ans : dans 14 cas.

a- Forme autistique (ou Autistique/Expressive) : 6 fois
b- Forme pré-psychotique (ou "normal")..... : 6 fois
c- Formes déficitaire et expressive : 1 fois chacun.

Pour a- un diagnostic d'adulte a été noté dans 3 cas : celui de schizophrénie.
Pour b- un diagnostic d'adulte a été noté dans 5 cas :

. 3 fois, "névrotisation",
. 2 fois, "Hébéphrénisation".

Pour c- Déficitaire aboutit à "Pseudo-arriéré"

Pour l'Expressive, il 'ny a pas de diagnostic d'adulte.

On peut simplement noter que ces renseignements confirment ce qui est généralement admis, à savoir que les formes sévères avant cinq ans sont celles dont

le pronostic lointain est le plus sévère, ce qui n'établit pas automatiquement que les formes moins sévères aient obligatoirement un bon pronostic.

EVOLUTION DANS LES OBSERVATIONS

1° - Sans modification du tableau d'un bout à l'autre de l'évolution.

- Cas n° 16 : à 2 ans Autistique
  à 5 ans Expressive
  à 9 ans Expressive
  à 13 ans Expressive
  Schizophrénie à l'âge adulte.

- Cas n° 14 : à 2 ans Autistique/Expressive
  à 4 ans Autistique/Expressive
  à 7 ans Expressive
  à 9 ans Autistique/Expressive
  (Pas de diagnostic ultérieur).

- Cas n° 11 : à 5 ans Déficitaire
  à 10 ans Déficitaire
  à 14 ans Déficitaire
  "Pseudo-arriération" à l'âge adulte.

- Cas n° 19 : à 5 ans Autistique/Expressive
  à 10 ans Expressive
  Schizophrénie à l'âge adulte.

- Cas n° 20 : à 2 ans Autistique
  à 5 ans Autistique
  à 9 ans Expressive
  Schizophrénie à l'âge adulte.

Sur ces cinq cas, l'un est vraiment sans changement et présente un aspect "pseudo-débilitaire" de bout en bout, tandis que, dans les quatre autres, une évolution existe malgré tout, si ce n'est que le passage d'une forme autistique (ou limite de l'autisme) à une forme "parlante", et apparemment toujours

un diagnostic de schizophrénie à l'âge adulte (sauf dans le cas où le diagnostic à l'âge adulte n'a pas été établi. Il s'agit d'ailleurs d'un enfant qui n'a pas encore atteint "l'âge adulte").

On peut supposer que les formes restant autistiques ne sont en général pas tolérées dans une famille et aboutissent dans un hôpital et qu'inversement, si elles sont tolérées, cela peut être un facteur d'évolution, même aussi minime que celle ci-dessus.

Il faut noter aussi que la psychothérapie, pour une raison ou une autre, n'a pu être conduite de manière satisfaisante dans ces cas.

2° - Evolution "descendante".

- Cas n° 6 : à 10 ans Pré-psychotique
  à 13 ans Expressive
  Schizophrénie à l'âge adulte.

- Cas n° 7 : à 4 ans "Normal"
  à 6 ans Expressive/Pré-psychotique
  à 10 ans Expressive
  à 13 ans Expressive
  "Débilisation" à l'âge adulte.

- Cas n° 12 : à 2 ans Pré-Psychotique
  à 6 ans Expressive
  à 10 ans Expressive
  à 14 ans Expressive
  "Hébéphrénisation" adulte.

- Cas n° 17 : à 12 ans Pré-psychotique
  à 15 ans Expressive
  Schizophrénie adulte.

Dans tous ces cas, le diagnostic adulte est sévère.

Le "début" dans 3 cas est relativement tardif.

Dans tous les cas, le début n'est pas franc d'emblée, le diagnostic de forme Pré-Psychotique ou Expressive/Pré-psychotique indiquant bien entendu

le manque de sévérité absolue, mais essentiellement un doute sur l'évolution possible, doute que confirme dans son sens péjoratif l'évolution effective.

3° - Evolution "ascendante".

- Cas n° 2 : à 9 ans Déficitaire/Expressive
  à 15 ans Expressive/Pré-psychotique
  "Obsessionalisation" adulte.

- Cas n° 4 : à 12 ans Expressive
  "Nevrotisation" à 15 ans.

- Cas n° 15 : à 3 ans Expressive
  à 6 ans Expressive
  à 14 ans Pré-Psychotique
  Pas de diagnostic ultérieur.

Dans ces trois cas, l'évolution s'est faite "sous" psychothérapie individuelle.

Dans deux des trois cas, le "début" paraît assez tardif (9 ans, 12 ans), mais il faut bien dire que des renseignements objectifs manquent sur le premier âge. Il est possible effectivement qu'il n'y ait "rien eu", mais cela repose sur les renseignements fournis par les parents, c'est-à-dire l'absence de renseignements par un observateur "spécialisé" qui aurait pu déceler des symptomes précoces, pouvant échapper à un observateur non averti (les parents).

En tous cas, on part d'une forme "parlante" pour aboutir à une névrotisation (y compris n° 15, où cela est plus explicite dans l'observation, bien que l'on retienne le diagnostic de "pré-psychose").

4° - "Chute" centrale.

- Cas n° 1 : à 2 ans Pré-psychotique
  à 5 ans Expressive
  à 10 ans Expressive/Pré-Psychotique
  à 17 ans Pré-psychotique.

- Cas n° 3 : à 2 ans "Normal"
  à 7 ans Expressive
  à 12 ans Déficitaire/Pré-psychotique
  Nevrotisation adulte.
- Cas n° 5 : à 7 ans Pré-psychotique
  à 14 ans Expressive
  Nevrotisation à 16 ans et adulte.
- Cas n° 13 : à 5 ans Pré-psychotique
  à 8 ans Expressive/Pré-psychotique
  à 11 ans Pré-psychotique
  Nevrotisation à l'âge adulte.

Dans les quatre cas, on part d'une forme pré-psychotique (ou "normal" n° 13) pour aboutir après une phase expressive à une neurotisation (ou forme pré-psychotique dans n° 1 où manquent des renseignements ultérieurs).

Il y a là confirmation sans plus d'une notion déjà notée par plusieurs auteurs que le pronostic est d'autant meilleur, que la forme au départ est moins sévère.

Toutes ces évolutions se sont faites "sous" psychothérapie.

Il faut noter le début relativement tardif (sauf pour n° 1).

Le diagnostic de forme pré-psychotique, si on le rapproche avec le paragraphe 2°, semble bien être un diagnostic "à cheval" ; il peut précéder une évolution sévère, ou au contraire succéder à une forme typique avant le passage à une évolution névrotique. Dans ce sens-là, on pourrait l'appeler "post-psychose", comme "pré-psychose".

5° - Evolution en "dents de scie".

- Cas n° 9 : à 2 ans Autistique
  à 4 ans "Normal"
  à 6 ans Déficitaire
  à 9 ans Autistique/Déficitaire

- Cas n° 18 : à 8 ans Pré-psychotique
  à 10 ans Expressive
  à 16 ans Déficitaire/Pré-psychotique
  Schizophrénie à l'âge adulte.

- Cas n° 21 : à 2 ans Normal
  à 5 ans Expressive
  à 9 ans Expressive
  à 14 ans Déficitaire
  Hébéphrénie à l'âge adulte.

En fait, ces trois cas méritent d'être détaillés :

- pour n° 9, l'évolution qui paraît irrégulière apparaît beaucoup plus régulière si on reprend le dossier, et le diagnostic de forme clinique apparaît erroné par rapport aux symptomes présentés. De plus, comme j'ai essayé de souligner déjà, les observations ne sont pas toujours très détaillées à tous les âges envisagés et le sont davantage au moment d'une consultation (en général la première avec un clinicien, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait qu'une seule, puisque l'histoire de ces enfants est souvent faite de consultations auprès de divers médecins spécialisés).

Dans cette observation, par contre, si le diagnostic à 2 ans paraît fondé, ceux de 4 ans (normal) et 6 ans (déficitaire) le semblent moins. Pour le diagnostic de 4 ans, il y a une contradiction entre les symptomes notés (qui sont peu nombreux : 9 en tout) et qui évoquent la forme déficitaire et ce qu'en disent les parents (Elle est normale). Le diagnostic de 6 ans de "débilisation" s'accompagne de peu de symptomes notés (six en tout) et il semble que les observateurs aient surtout été frappés par le décalage d'avec un enfant normal, le classant ainsi comme débile sans percevoir la psychose sous-jacente. Enfin, la dernière observation, qui est complète, semble-t-il, se rapproche de la grille type de la forme déficitaire (ci-dessus), alors que le diagnostic clinique a été celui d' "Autisme".

Si l'on tient compte de ce qui précède, on a en réalité une observation avec une certaine continuité entre un autisme initial et une "progression" vers un tableau de forme déficitaire.

- Pour n° 18, après un début type pré-psychose, la psychose se confirme (forme expressive), puis apparaît un appauvrissement symptomatique qui laisse penser que "les choses s'arrangent" (d'où un diagnostic de pré-psychose), alors que les symptomes notés évoquent une forme déficitaire. On a ainsi une évolution pré-psychose - expressive - déficitaire, puis schizophrénie, où la continuité est nette.

- Pour n° 21, il est beaucoup plus discutable de le ranger dans les évolutions discontinues, mais il souligne le même aspect que dans 18, c'est-à-dire une évolution avec appauvrissement progressif faisant passer l'enfant d'une psychose "parlante" à une forme déficitaire (avec hébéphrénie à l'âge adulte dont la signification paraît identique).

En conclusion, la continuité entre les formes autistique et pré-psychotique apparaît nette, avec de plus, au-delà de la pré-psychose, une continuité avec "névrose", mode de "guérison" des psychoses de l'enfant dans les cas étudiés.

On peut ajouter que lorsqu'un décalage m'apparaissait entre le diagnostic posé et celui qui me paraissait convenir, l'étude des symptomes notés tendait vers le diagnostic de la forme intermédiaire de la précédente et de la suivante.

F - SYMPTOMES ET PRONOSTIC

Peut-on prévoir, en fonction des symptomes, un pronostic d'avenir ?

On a déjà souligné la confirmation de l'idée générale que le pronostic est d'autant plus mauvais que la forme initiale est sévère (constamment "mauvais" pour une forme autistique au départ, ainsi que pour "la" forme déficitaire, meilleur pour les cas où la première forme est de type pré-psychose).

- 1er et dernier diagnostic (à condition que le dernier soit à 15 ans ou plus).

1er diagnostic autistique :

n° 8	Autistique à 2 ans	Autistique/Expressive à 15 ans
n° 16	Autistique à 2 ans	Schizophrénie à l'âge adulte
n° 20	Autistique à 2 ans	Schizophrénie à l'âge adulte
n° 19	Autistique/Expressive à 5 ans	Schizophrénie à l'âge adulte.

1er diagnostic déficitaire :

n° 11	Déficitaire à 5 ans	"Pseudo-arriérée" à l'âge adulte

1er diagnostic Expressive :

n° 2	Déficitaire/Expressive à 9 ans	Obsessionalisation à l'âge adulte
n° 3	Expressive à 7 ans	Névrotisation à l'âge adulte
n° 4	Expressive à 12 ans	Névrotisation à l'âge adulte
n° 10	Expressive à 18 ans	Hébéphrénie à l'âge adulte
n° 11	Expressive à 5 ans	Hébéphrénie à l'âge adulte
n° 7	Expressive/pré-psychotique à 6 ans	Débilisation à l'âge adulte

1er diagnostic Pré-psychose :

n° 1	Pré-psychose à 2 ans	Pré-psychose à 17 ans
n° 5	Pré-psychose à 7 ans	Névrotisation à l'âge adulte
n° 6	Pré-psychose à 10 ans	Schizophrénie à l'âge adulte
n° 12	Pré-psychose à 2 ans	Hébéphrénie à l'âge adulte
n° 13	Pré-psychose à 5 ans	Névrotisation à l'âge adulte
n° 17	Pré-psychose à 12 ans	Schizophrénie à l'âge adulte
n° 18	Pré-psychose à 8 ans	Schizophrénie à l'âge adulte

On note que 6, 17 et 18, où l'âge de début est le plus tardif, par une forme limite, ont un diagnostic adulte de schizophrénie. Tandis que les n°s 2 et 4, dont l'âge de début est également après 7 ans, mais avec une forme expressive apparemment plus sévère, évoluent vers une névrotisation (n° 10 à début tardif, lui aussi, évoluant vers une hébéphrénie).

Cela paraît, d'une part, aller à l'encontre de la notion généralement admise de la sévérité, d'autant moins grande que l'âge de début est tardif. Mais il est vrai que, pour certains auteurs, le diagnostic de psychose n'est admis que si le début apparent se situe avant ou à 7 ans.

Il est cependant à souligner qu'aucun résultat absolu n'est possible sur un aussi faible nombre d'observations, et que le pronostic doit tenir compte vraisemblablement de nombreux autres facteurs, dont par exemple le type de traitement, le comportement de la famille, la ou les causes déclenchantes, etc...

C - EXISTE-T-IL CEPENDANT DES GROUPEMENTS SYMPTOMATIQUES POUVANT LAISSER PREVOIR UN PRONOSTIC ?

On reprend les observations en ne retenant cette fois que le premier tableau explicite (celui qui a été suffisamment observé par un observateur spécialisé et généralement c'est sur ce tableau que le diagnostic de psychose est porté, d'où une grande fréquence de formes expressives).

La comparaison entre ce premier tableau et le diagnostic final nous a fait séparer l'ensemble des observations en trois groupes, les deux derniers étant "à pronostic défavorable" (On a séparé ceux où le diagnostic adulte d'hébéphrénisation était indiqué explicitement de ceux où le diagnostic de schizophrénie avait été indiqué sans plus de précisions, pensant que la précision d'un type adulte pouvait avoir une signification supplémentaire ; il ne nous semble d'ailleurs pas que cela soit le cas).

Sur les 18 cas retenus, le premie r tableau "explicite" a été :

12 fois Expressive
1 fois Autistique
1 fois Déficitaire
1 fois Pré-psychose
1 fois Déficitaire/Expressive
1 fois Expressive/Pré-psychose
1 fois Autistique/Expressive.

COMPARAISON DIAGNOSTIC INITIAL ET DIAGNOSTIC ADULTE :

18 observations sur 22 retenues. Les 4 autres observations présentaient des tableaux initiaux mal observés ou ne présentaient pas de diagnostic final adulte.

Répartition :

a- 6 observations à diagnostic adulte Névrotisation
b- 7 " " " Schizophrénie
c- 4 " " " Hébéphrénie
1 " " " Ps débilité

Symptomes les plus fréquents par groupe (c'est-à-dire dans 50 % des cas environ) :

- Groupe a :

4 fois (sur 7)	13 (isolement)
3	14 solitude
3	15 opposition
3	20 refus contact collectif
4	22 discordance
4	23 étrangeté
4	24 impénétrabilité
3	28 hypo-activité
4	31 inhibition
4	32 activités maladroites
5	37 grande agitation
4	39 phobie scolaire
6	42 rites - obs. - phob.
4	43 idées délirantes
3	44 idées bizarres
3	46 auto-mutilation
3	51 angoisse

- Groupe b : (7 cas)

6 fois	13 isolement
7	20 refus contact collectif
4	22 discordance
4	24 impénétrabilité
5	42 rites - obs. - phob.
4	44 idées bizarres
4	47 troubles caravtériels

- Groupe c : (5 cas)

3 fois	2 mutisme
3	12 indifférence
5	20 refus contact collectif
3	27 désintérêt
3	31 inhibition
3	39 phobie scolaire
4	42 rites - obs. - phob.

- Groupe b et c : 12 cas

6 fois	12 indifférence
8	13 isolement
12	20 refus contact collectif
6	22 discordance
6	27 désintérêt
6	31 inhibition
9	42 rites - obsessions -phobies
6	44 idées bizarres
6	47 troubles caractériels

On note le grand nombre de symptomes "à fréquence élevée" (ce qui est certes très relatif en raison du faible nombre de ces observés et ce qui appelle la plus grande prudance -on se doit de le répéter- quant à des conclusions définitives).
Pour le groupe a : 17 symptomes retrouvés une fois sur deux ;
pour le groupe b : 7 symptomes seulement, et le groupe c : 7 également.
pour les groupes b + c additionnés : 9 symptomes.

Ce fait mérite d'être souligné : le plus grand nombre de symptomes, pour le groupe à pronostic favorable (groupe a).

En tout, 99 symptomes pour l'ensemble du groupe a, soit une moyenne de 20 symptomes ; pour le groupe b, également 99 symptomes, soit une moyenne de 14 symptomes ; pour le groupe c, 68 symptomes en tout, soit une moyenne de 13,5 symptomes.

Autrement dit, les formes dont le pronostic serait favorable seraient celles présentant, dans leur premier tableau constitué, le plus de symptomes.

Ceci rejoint une impression générale dans l'étude des dossiers qu'à l'intérieur de la forme expressive des psychoses, il existe en réalité deux formes, l'une "hyper-expressive", l'autre "hypo-expressive", c'est-à-dire riche en symptomes ou pauvre en symptomes, et que la première est celle dont le pronostic est le meilleur.

On doit rapprocher cette constatation du faible nombre en moyenne de symptomes dans la forme pré-psychose, car il y a une apparente contradiction dans le fait que plus on se rapproche d'un côté de la névrotisation, plus le tableau présenté est pauvre en symptomes qui puissent être notés (comme dans la forme pré-psychose), tandis qu'à l'inverse plus une forme serait riche en symptomes, meilleur serait son pronostic.

Il me semble que l'on pourrait proposer une explication en faisant appel à la notion de défenses. C'est-à-dire que le sujet le plus proche de la névrose serait celui dont les défenses tendraient vers la plus grande organisation et permettraient donc le moins d'expressions symptomatiques.
L'effondrement de ces défenses conduisant à la psychose extériorisée, le sujet est soumis à une obligation de reconstruction ou de réparation. Plus il est soumis à cela (et en l'absence de soutien), plus il tendra à s'organiser d'une manière "déficitaire", tandis que la possibilité de ne pas se réorganiser trop vite, s'accompagnant d'une efflorescence symptomatique, lui permettra ultérieurement de se réorganiser dans un sens névrotique.

Nous avons étudié l'aspect quantitatif des symptomes en fonction du pronostic.

Sur le plan qualitatif :

- On peut noter que 3 symptomes n'apparaissent avec une fréquence relative que dans le groupe c (celui où le diagnostic final a été précisé hébéphrénie et pseudo-débilité)

. mutisme (2)
. indifférence (12)
. désintérêt (27)

C'est-à-dire des symptomes de retrait, de renonciation, de laisser-aller, de "non-lutte".

- Les signes qui apparaissent avec une très grande fréquence (et qui seraient plus spécifiques ?) :

. Groupe a (au moins 5 fois sur 7) :
. grande agitation (37) (5/7)
. rites, obsessions, phobies (42) (6/7)

. Groupe b (au moins 5 fois sur 7) :

. isolement (13) (6/7)

. refus contact collectif (20) (7/7)

. rites, obsessions, phobies (42) (5/7)

. Groupe c (au moins 4 fois sur 5) :

. refus contact collectif (20) (5/5)

. rites, obsessions, phobies (42) (4/5)

(b + c - 13 8/12
- 20 12/12
- 42 9/12)

On note simplement le caractère favorable de la "grande agitation" et le caractère moins favorable de "l'isolement" et du "refus du contact collectif".

- les signes dont la fréquence relative est grande seulement dans la forme a :

. solitude (14) (3/7)

. opposition (15) (3/7)

. étrangeté (23) (4/7)

. hypo-activité (28) (3/7)

. activités maladroites (32) (4/7)

. grande agitation (37) (5/7)

. idées délirantes (43) (4/7)

. auto-mutilation (46) (3/7)

. angoisse (51) (3/7)

Ces signes me paraissent en général avoir une signification moins grande de retrait, et dénoter une idée générale de lutte (opposition, agitation, délire, auto-mutilation).

Mais pour l'ensemble de ce chapitre "Symptomes et Pronostic", il me semble devoir souligner la prudence à laquelle je crois me devoir, étant donné le faible nombre d'observations (18 en tout), ce qui n'a aucune valeur statistiquement, et cela explique la généralité des constatations.

Certains aspects paraissent assez probables, ou confirment les notions établies.

D'autres aspects, et en particulier le caractère de la richesse symptomatique dans les formes à évolution favorable, me paraissaient probables au travers d'une impression acquise à l'étude des dossiers.

*

* *

REGROUPEMENT ET RESUME

L'étude de la classification des psychoses de l'enfance conduit à considérer une subdivision en quatre formes cliniques qui correspondent à certaines descriptions classiques de la littérature.

Ces quatre aspects : autistique, déficitaire, expressive et pré-psychotique, nécessitent une délimitation sur le plan syndromique.

Pour ce faire, une partie de ce travail a été consacrée à l'étude d'une grille symptomatique.

1° -Evaluation de la grille symptomatique

A partir des différentes descriptions concernant les enfants psychotiques, un certain nombre de symptomes ont été retenus comme susceptibles de permettre une description clinique des sujets, centrée sur l'idée qu'au travers de ses symptomes le sujet témoigne de son acceptation ou non d'une communication avec son environnement, ou inversement de son désir de retrait.

Des symptomes initialement retenus, un certain nombre se sont avérés, après l'étude d'un groupe de dossiers, comme n'ayant pas une valeur spécifique. D'autres se sont révélés trop peu fréquents pour paraître significatifs. D'autres encore ont paru présenter des aspects de spécificité pour une ou plusieurs formes cliniques. Enfin, une meilleure définition des termes de la grille a pu être élaborée à la suite de cette étude sur dossiers.

Parmi les symptomes dont la fréquence paraît particulièrement élevée méritent d'être soulignés :

Pour l'ensemble des dossiers :

57 % isolement

69 % rites, obsessions, phobies.

Pour la forme autistique :

70 % indifférence à autrui

70 % refus du contact collectif

70 % désintérêt

90 % isolement

REGROUPEMENT ET RESUME

L'étude de la classification des psychoses de l'enfance conduit à considérer une subdivision en quatre formes cliniques qui correspondent à certaines descriptions classiques de la littérature.

Ces quatre aspects : autistique, déficitaire, expressive et pré-psychotique, nécessitent une délimitation sur le plan syndromique.

Pour ce faire, une partie de ce travail a été consacrée à l'étude d'une grille symptomatique.

1° -Evaluation de la grille symptomatique

A partir des différentes descriptions concernant les enfants psychotiques, un certain nombre de symptomes ont été retenus comme susceptibles de permettre une description clinique des sujets, centrée sur l'idée qu'au travers de ses symptomes le sujet témoigne de son acceptation ou non d'une communication avec son environnement, ou inversement de son désir de retrait.

Des symptomes initialement retenus, un certain nombre se sont avérés, après l'étude d'un groupe de dossiers, comme n'ayant pas une valeur spécifique. D'autres se sont révélés trop peu fréquents pour paraître significatifs. D'autres encore ont paru présenter des aspects de spécificité pour une ou plusieurs formes cliniques. Enfin, une meilleure définition des termes de la grille a pu être élaborée à la suite de cette étude sur dossiers.

Parmi les symptomes dont la fréquence paraît particulièrement élevée méritent d'être soulignés :

Pour l'ensemble des dossiers :

57 % isolement

69 % rites, obsessions, phobies.

Pour la forme autistique :

70 % indifférence à autrui

70 % refus du contact collectif

70 % désintérêt

90 % isolement

Forme déficitaire :

60 % isolement
60 % rites, obsessions, phobies
70 % stéréotypies de langage
70 % pauvreté (dans les relations)
70 % hypo-activité
70 % activités peu élaborées

Forme expressive :

57 % isolement
57 % étrangeté
62 % discordance
62 % refus du contact collectif
76 % rites, obsessions, phobies

Forme pré-psychotique :

85 % rites, obsessions, phobies.

Ces symptomes se regroupent en quatre chapitres : le langage, les relations aux personnes, les activités du sujet et, enfin, les manifestations dites dominantes du sujet (c'est-à-dire dominant le tableau général par leur caractère très apparent).

2° - Tableau syndromique de chaque forme.

De cette étude peut être déduite une description plus ou moins générale des formes cliniques. Il va sans dire que la totalité des symptomes ne sauraient être retrouvés chez un même sujet et il faut insister sur l'absence de tout signe pathognomonique, ainsi que de tout groupement pathognomonique.

Forme autistique :

LANGAGE absent
ou avec troubles de la syntaxe
voire jargon.

RELATIONS	indifférentes
	isolement
	hypo-expressivité
	pauvreté
	refus du contact collectif
	impénétrabilité
	narcissisme
	contact captatif possible
ACTIVITES	désintérêt
	activités peu élaborées
	maniement de formes non significatives
	aptitudes paradoxales
DOMINANTS	stéréotypies

Forme déficitaire :

LANGAGE	mutisme ou refus de parler ou langage puéril
	stéréotypies du langage
	jargon
	néologismes
	anomalies de la tonalité
RELATIONS	puérilité, niaiserie
	hypo-expressivité
	superficialité
	pauvreté
ACTIVITES	hypo-activité
	activité peu élaborée
	activités maladroites
	acquisitions stagnantes
DOMINANTS	stéréotypies

Forme expressive :

LANGAGE	sophistication, maniérisme
	manipulation du langage
RELATIONS	opposition
	refus du contact collectif
	discordance
	étrangeté
ACTIVITES	inhibition
	maniement de formes non significatives
	aptitudes paradoxales
	décalage entre l'opérativité et le niveau QI
	phobie scolaire
DOMINANTES	idées bizarres
	troubles caractériels
	troubles psychopathiques
	troubles de la sphère digestive
	troubles du sommeil
	angoisse non thématique

Forme pré-psychotique :

LANGAGE	sophistication, maniérisme
	manipulation du langage
RELATIONS	conformisme
ACTIVITES	maladroites
DOMINANTS	rites, obsessions et phobies
	idées bizarres.

Il ressort essentiellement une "ambiance" que crée le sujet au travers de ses symptomes.

Il semble que l'on puisse sans grande difficulté ranger dans une des

formes cliniques un tableau clinique donné, étant admis que le diagnostic proprement dit de psychose ne saurait être établi sur ce seul critère de la symptomatologie clinique.

Il faut insister aussi sur le fait que cette classification dans une des formes cliniques n'a de valeur qu'à un moment donné de l'histoire du sujet et que, son tableau clinique se modifiant, se modifie du même coup le diagnostic de forme clinique, ce qui permet d'étudier l'évolution du sujet.

3° - Caractéristiques particulières de la forme pré-psychotique.

Il faut cependant noter, avant de passer à l'étude de l'évolution, que certaines formes, indépendamment de leur tableau syndromique, ont des caractéristiques particulières.

La forme pré-psychotique se caractérise notamment par plusieurs aspects.

Le faible nombre de symptômes par observation est tout particulièrement à mentionner. En effet, pour les observations de cette forme, la moyenne de symptômes a été de 7, tandis que pour les autres formes cette moyenne se situait autour de 14. Ce faible nombre de symptômes explicite la difficulté générale à établir le diagnostic de psychose dans la pré-psychose et les divergences habituelles entre divers examinateurs, voire diverses Ecoles (encore que ce problème tienne à des divergenses théoriques en principe).

De même, on note le peu de spécificité des symptômes retrouvés dans la pré-psychose, puisque le nombre d'obser vations ayant en commun un nombre donné de symptômes décroît très rapidement, en particulier si on le compare aux autres formes où le chiffre reste à peu près le même pour ces trois autres formes.

Enfin, une autre caractéristique paraît devoir être soulignée, encore qu'elle soit commune avec la forme dite expressive. C'est la rareté des symptômes Langage, autres que la sophistication-maniérisme et la manipulation du langage, et au contraire l'importance plus grande des symptômes dits dominants, sans qu'une fréquence particulière de l'un d'entre eux permette de l'inclure dans le tableau syndromique de la forme pré-psychotique. Ces manifestations donnent un aspect

particulier à cette forme qui lui ont fait mériter le terme de pseudo-névrotique dans certains cas.

On peut souligner également ici l'opinion que ce terme de pré-psychotique pourrait aussi bien être celui de "pré-névrotique", puisque cette forme parait être à la charnière de la psychose et de la névrose. Dans les quelques observations de névrose inclues dans les dossiers, l'on retrouvait en particulier ces caractéristiques de chute importante du nombre de symptômes à un degré évidemment plus accentué, ainsi que la grande dispe sion des symptômes (c'est-à-dire le faible nombre de symptômes communs à plusieurs observations).

4° - Formes autistique et déficitaire.

Ces deux formes paraissent se définir assez clairement du point de vue symptomatique, tant l'une par rapport à l'autre que par rapport aux deux autres formes.

Il faut admettre cependant que dans certains cas existent des tableaux paraissant à cheval sur deux formes voisines. Il s'agit parfois d'un moment dans l'évolution du sujet qui indique effectivement son passage d'une forme à l'autre. Ailleurs, le tableau à cheval indique un caractère particulier du sujet qui le situe de manière plus ou moins permanente entre deux formes. C'est le cas notamment de trois sujets placés en institution hospitalière depuis de nombreuses années, et le contexte paraît expliquer (par les diverses carences hospitalières, notamment affectives) l'immobilisation de ces sujets entre la forme autistique et la forme déficitaire. Il s'agit là d'une notion assez classique de "psychotisation des débiles" et de "débilisation des psychotiques" en institution hospitalière qui "brouille les cartes".

5° - Subdivision de la forme expressive

L'étude du pronostic permet de séparer deux groupes dans la forme expressive : ceux dont le pronostic serait favorable, et ceux dont le pronostic serait défavorable.

Or, ces deux sous-groupes se caractérisent par des symptômes différents sur le plan qualitatif et sur le plan quantitatif.

Sur le plan qualitatif, les symptomes tendent, dans le groupe à pronostic défavorable, vers ceux que l'on trouve dans la forme déficitaire. Ce sont des aspects d' "appauvrissement" qui paraissent dénoter un infléchissement net du sujet vers une sorte de "renonciation de la lutte".

Sur le plan quantitatif, le groupe à pronostic favorable se caractérise (outre ses symptomes de nature non déficitaire) par un accroissement net du nombre moyen de symptomes par observation. La moyenne dans ces cas est de 20 symptomes par observation, contre 14 symptomes en moyenne dans les autres cas.

Ce ne sont pas là des arguments absolus, mais ils tendent néanmoins à faire considérer, dans ce groupe III, deux sous-groupes :

- expressif riche,
- expressif pauvre,

en soulignant cette notion de pronostic plutôt favorable dans les formes hyper-expressives : plus le sujet présente de symptomes, plus il a de chances d'avoir une évolution ultérieure favorable. Cette hyper-expressivité témoignerait peut-être d'une "lutte du sujet" et de sa "non-renonciation à communiquer".

6° - Pronostic en fonction de la forme clinique.

La comparaison des diagnostics à l'âge adulte et du diagnostic de début confirme, dans le groupe étudié, ce qui est généralement admis, à savoir que plus la forme initiale est sévère, plus le pronostic lointain peut être considéré comme défavorable.

Ainsi, un diagnostic initial de forme autistique aboutit à un diagnostic de schizophrénie à l'âge adulte, tandis que le diagnostic de forme pré-psychotique aboutit, soit au diagnostic d'hébéphrénie, soit à celui de névrotisation.

On a déjà souligné que, dans le tableau initial, les symptomes dont le groupement était le plus péjoratif étaient ceux dont le sens général tendaient vers le groupe déficitaire, tandis que les groupements de symptomes d'aspect non déficitaire permettaient d'espérer une évolution favorable.

Il est certain qu'en dehors de ces considérations, somme toute assez générales, de nombreux facteurs vont intervenir entre ce premier diagnostic et le diagnostic à l'âge adulte, ces facteurs étant susceptibles de modifier le cours de l'évolution et donc d'interférer secondairement sur ce pronostic initialement porté.

C'est souligner l'intérêt de l'étude de l'évolution, de son évaluation basée sur la fiche symptomatique, permettant d'objectiver cette évolution. Ainsi que sur la subdivision en formes cliniques permettant la prise de repères, ces formes cliniques apparaissent maintenant suffisamment définies et individualisées pour permettre la différenciation entre plusieurs sujets psychotiques et notamment dans l'évolution d'un seul sujet, entre les divers moments de sa vie où il constitue différents tableaux, que l'on peut comparer entre eux, comme un sujet à un autre.

Cette étude devrait permettre d'évaluer l'incidence des divers facteurs intervenant dans le cours de la vie du sujet, comme l'aspect thérapeutique et institutionnel, les facteurs familiaux, les facteurs étiologiques éventuels, etc.

7° - Evolution des sujets.

Cet aspect de l'étude est à souligner tout particulièrement.

Il ressort, en effet, nettement que, dans le cours de l'évolution, le sujet se présente sous des aspects variables avec des symptomes qui se modifient et dont le regroupement permet de situer le sujet dans l'une ou l'autre des formes cliniques.

Il apparaît que ces modifications amènent le sujet, dans un certain nombre de cas, à passer d'une forme à l'autre (il est des cas d'apparence continue, mais ils ne sont pas la majorité). Dans la plupart des cas, se manifestent des évolutions, que l'on peut désigner sous les termes "ascendant" et "descendant", sous-entendant par là le sens général de l'évolution hors ou vers le retrait.

Dans ce sens, il semble qu'il y ait une continuité évolutive de la forme autistique à la forme pré-psychotique, cette dernière se "poursuivant", si

l'on peut dire, avec l'évolution névrotique.

Cette évaluation permet donc d'apprécier le mouvement général du sujet dans le cours de son évolution, dans son "besoin de retrait" qui l'amène de formes très retirées à des formes qui le sont moins et qui le mettent en communication plus large avec le monde environnant, ou au contraire d'une forme de souffrance d'aspect "léger" vers une forme de "renfermement" plus intense.

La forme Pré-psychotique, en particulier, forme "charnière", est une manifestation souvent temporaire qui précède tantôt une évolution vers une organisation névrotique, tantôt précède l'évolution vers une forme plus sévère, en particulier vers la forme expressive.

En sens inverse et à l'autre extrémité du tableau, les formes autistiques évoluent vers une forme déficitaire, ou vers une forme expressive. Dans les dossiers étudiés, il n'existait pas de cas demeurant dans la forme autistique de façon continue, mais il est plus que vraisemblable qu'elles existent et que seul le recrutement dans le cadre du Centr eAlfred Binet rend compte de la disparition de ces sujets qui aboutissent plus volontiers dans une institution hospitalière.

Mais d'une manière générale, il faut souligner le caractére non immuable des sujets, la modification très fréquente du tableau qu'ils présentent, et l'intérêt qu'il y a donc à apprécier cett emodification et la situation du sujet à un autre niveau, permettant d'apprécier indirectement les facteurs concourant à entraîner cette modification, et donc l'évaluationpossible de ces différents facteurs pour permettre une meilleure prise en charge dans l'avenir de ces sujets, une meilleure compréhension de ce qui fa t qu'un sujet psychotique, dans sa problématique interne, parvient à s'assumer par l'aide qu'on lui apporte, ou au contraire échoue et demeure, ou se retire davantage.

*

* *

B I B L I O G R A P H I E

Il n'est pas possible de citer tous les ouvrages ayant trait à la Psychose de l'Enfant. Il s'agit essentiellement ici de la bibliographie en langue française et anglaise ayant trait plus particulièrement aux problèmes de nosographie, de clinique, de pronostic et d'évolution.

AJURIAGUERRA J. de - Troubles du langage chez l'enfant au cours de lésions cérébrales en foyer et des démences.
J. Fr. O.R.L. 1958, VII/2, pp. 225-240.

AJURIAGUERRA J. de, DIATKINE R., KALMANSON D. - Les troubles du développement du langage au cours des états psychotiques précoces.
Psy. Enfant, 1959, II, 1, 1-65.

AJURIAGUERRA J. de - Manuel de Psychiatrie infantile, 1970.

AMADO G. - Le devenir de 55 cas sévères de psychiatrie infantile.
Psy. de l'Enfant, 1967, X, 2, 465-537.

AMADO G. - Les états psychotiques du début de l'âge scolaire à la pré-puberté.
Confront. Psy. n° 3, 1969 (Spécia).

ANNEL Anna-Lisa - The prognosis of psychotic syndromes in children.
Acta Psy. Scandinavics 1963, 39, 2, 235-297.

ANNEL A. L. (1963) - Periodic catatonia in a boy of 7 years.
Acta Paedopsychiat. 30, 48.

ANTHONY B. J. (1958) - An actiological approach to the diagnosis of psychosis in childhood.
Acta Paedopsychiat. 25, 89-96.

ANTHONY J. - An experimental approach to the psychopathology of childhood Autism.
Brit. J. Med. Psychol. 1958, 31, 211-225.

AUBIN H., MESTAS C., CLAVEIROLE G. - Les schizophrénies infantiles
Revue Neuro-psy. inf. 1956, 4, 11-12.

AUBRY J. - La carence de soins maternels. P.U.F. Paris, 1955.

AULAGNIER P. - Remarques sur la structure psychotique.
Rev. Psychanal. 1964, 8, 47-67.

BAKWIN H. - Early infantile autism.
J. Pediatr. 1954, 45, 492-497.

BANES P., EY H., IABOUCARIE J. - L'évolution des schizophrènes.
Evol. Psy. 1953, 2.

BEAUJARD M. - Arriération mentale et psychose chez l'enfant.
Santé Ment. Enf. & Ad., Lyon 1966.

BEAUJARD M. - La schizophrénie infantile : exposé de quelques travaux américains contemporains
Ann. Médico-psychol. 1958, 116, 785-804

BELEY A. - Définition, critères et limites de l'actuelle schizophrénie.
Ann. Méd.-Psychol. 1958, 116, 5, 899-906.

BENDA C. (1960) - Childhood schizophrenia, autism and Heller's disease. Proc. I. Int. Conf. Mental Retard, New-York, 5. 469.

BENDA C. et MELCHIOR J.C. - Childhood schizophrenia, childhood autism and Heller's disease.
Internat Rec. Med. 1959, 172, 137-154.

BENDER L.,LIPKOWITZ Harry - Hallucinations in children.
Am. J. Ortho-Psy. 10, 471-490, 1940.

BENDER Laurette -Childhood schizophrenia.
Psychiatr. Quart. 1953, 27, 663-681.

BENDER Laurette - Twenty years of clinical research on schizophrenic children, with special reference to those under six years of age.
In G. Caplan (Ed.), Emotional problems of early childhood, New-York : Basic Books 1955, 503-515.

BENDER Lauretta - Schizophrenia in childhood : It's recognition, description, treatment.
Amer. J. Orthopsychiatr. 1956, 26, 499-506.

BENDER L. (1958) - Genesis in Schizophrenia during childhood.
Acts Paedopsychiat. 25, 101.

BENDER Lauretta - Autism in children with mental deficiency.
Amer. J. Ment. Safic. 1959, 63, 81-86.

BERGMAN and coll. - Schizophrenic reactions during childhood in mental defectives.
Psy. Quart. 25, 294-333 (1951).

BETTELHEIM B. - La forteresse vide. - Gallimard, 1967

BEUCHER M. - Schizophrénie infantile. Forme démentielle simple.
Revue Neuro-Psy. Inf. 1960, 8, 2-3.

BIAN A. - The nature of childhood schizophrenia : a dynamic neuropsychiatric view.
J. Child Psy. (N.Y.) 1962, 2.

BLEULER E. - Dementia praecox or the group of schizophrenias.
New-York Internat. Univer. Press, 1950.

BLEULER E. - Textbook of Psychiatry.
New-York, Mac Millan, 1924.

BOATMAN, MALETA J. et SZUREK S.A. - A clinical study of childhood schizophrenia.
In D.D. Jackson (Ed.) : The etiology of schizophrenia.
New-York : Basic Books, 1960, 389-440.

BONACORSI M.T. - Un cas de psychose infantile.
Rev. Neuro-psychiat. inf. 1968, 16° A./9, p. 709-714.

BOUCHARLAT J. et AUDREY B. - A propos de l'autisme chez l'enfant débile.
Pédo-Psy. G.G., num. spécial de la Rev. Neuro-Psy. Inf. 1966.

BRADLEY C. - Biography of a schizophrenic child.
Nerv. Child. 1941-1942, 1, 141-171.

BRADLEY Ch. - Schizophrenia in childhood.
Mac Millan, New-York, 1941.

BRUCH HILDE - Studies in schizophrenia : the various developments in the approach to childhood schizophrenia. Psychotherapy with schizophrenics.
Acts Psychiat. Neurol. Scand. Kbh. 1959, 34 (Suppl. 130).

CAPPON D. - Clinical manifestations of autism and schizophrenia in childhood.
Canad. Med. Ass. J. 1953, 69, 44-49.

CAPPON D. et ANDREWS E. - Autism and schizophrenia in a child guidance clinic.
Canad. Psychiat. Ass. J. 1957, 2, 1-25.

CARNERON K. (1958) - A group of twenty-five psychotic children.
Acts paedo-Psychiat. 25, 117.

CARTER A.B. - The prognosis factors of adolescent psychosis.
J. Ment. Sci. 88.

CASTETS B. - Principe d'une conception structurale de l'arriération mentale.
Ann. Med. Psy. Mars 1964, 122, 1, 3, 401-426.

CASTETS B. - Psychose de l'Enfant et structure psychotique.
Recherches 1967, 97-112.

CHAPMAN A.H. - Early Infantile Autism : a review.
A.M.A.J. 10. child. 1960, 99, 783-786.

CREAK M. - Psychosis in children.
Proc. Roy. Soc. Med. 1938, 31, 519.

CREAK Mildred - Psychosis in childhood
J. Ment. Sci. 1951, 97, 545-554.

CREAK Mildred - Discussion : psychosis in childhood
Proc. Roy. Soc. Med. 1952, 45, 797-800.

CREAK Mildred - (1959) Psychotic illness in early childhood
II Int. Congr. Psychiat. Zurich, Vol. I, 102.

CREAK Mildred - Childhood schizophrenia
Acts Paedo-Psy. Bâle 1967, 34, 10-12, 365-370.

CUNNINGHAM M.A. - A five year study of the language of an artistic child
J. Child. Psychol. Psychiat. 1966, Vol. 7, P. 143-154.

DAVIES G.L. - Autism, schizophrenic syndrome of childhood
The Medical off. 1966, CXV/17/

DAVIS B.J. - A clinical method of appraisal of the language and learning behaviour of young autistic children
J. Communic. Dis. 1967, I, 277-296

DESPERT J. Louise - Schizophrenia in children
Psychiatr. Quart. 1938, 12, 366-371.

DESPERT J.L. - Some considerations leading to the genesis of autistic behaviour in children
Am. J. Ortho-psy. 21, 335-347, 1951.

DESPERT J.L. - Differential diagnosis between obsessive compulsive neurosis and schizophrenia in children in Hoch and Zubin, Psychopathology of childhood
New-York, Gryne & Stratton, 1955

DESPERT J.L. et SHERWIN A.C. - Further examination of diagnosis criteris in schizophrenic illness and psychosis of infancy and early childhood.
Amer. J. Psychiat. 1958, 114, 784-790.

DIATKINE R., STEIN C. - Les Psychoses de l'Enfance
Evol. Psy. 1958, 217-322.

DIATKINE R. - Intervention au XXème Congrès des Psychanalystes de Langues Romaines
Revue Française de Psychanalyse XXII, 1958, 4-5.

DIATKINE R., STEIN C., KALMANSON Denise - Psychoses Infantiles
E. M. C. 1959, 37, 299

DUCHE, S. TOMKIEWICZ, STORK - Rapport sur les Psychoses Infantiles
Congrès de Psy. et Neuro. de Langue Française LXVIIe Session, Bruxelles, 1969, Masson.

DUCHE D.J., LORTHOLARY D. - Les arriérés profonds psychotiques
1er Congr. Ass. Internat. Etude Scient. Arr. Ment., MONTPELLIER 1967 - Jackson Reegate (England) 1968

DUCHE D.J. - Caractères cliniques des Psychoses chez les oligophrènes et des oligophrénies chez les psychotiques au cours de l'Enfance.
3ème Congr. Europ. de Peudo-Psy. Viesbaden 1967. Concilium Paedo-Psychiatricum, Karger, Bâle 1968.

DUCHE D.J. et LECUYER R. - A propos des états psycho-neurotiques observés chez les mongoliens.
Rev. Neuro-Psy. Inf. 1967, 4-5, p. 349

DUCHENE et SMIRNOFF - Les états d'arriération
E. M. C., Psy., 32.270 A. 10

DUPRE - Les psychopathies organiques (1905)

DURANTON P. - Schizophrénie Infantile
Thèse Médecine, Paris, 1957.

EISENBERG L. KANNER L. - Early Infantile autism.
Am. J. Orthopsy. 1956, XXVI/3, 556-566

EISENBERG L. - The autistic child in adolescence
Am. J. Psy. 1956, 112/8, 607-612

FENICHEL O. - La Théorie Psychanalytique des névroses
P.U.F. Paris, 1953, T. II

FISH Barbara - The detection of schizophrenia in infancy : a preliminary report.
J. Nerv. Ment. Dis. 1957, 125, 1-24

FISH Barbara (1959) - The detection of schizophrenia in infancy : observation of physiological and neurological deviations.
II Int. Kongr. Psychiat. Zurich, Vol. III, 475

FREUD A. - Le Moi et les mécanismes de défense
P.U.F. Paris, 1949

GOLD S. VAUGHAN C.F. - Classification of childhood psychosis
Lancet 1964, 2, 1 058-1 059

GREEN A. - La nosographie psychanalytique des psychoses. Problématique de la psychose.
Exacerp. Med. Found 1969, 1, 79-96.

HALLGREN B. et T. SJOGREN (1959) - A clinical and genetico-statistical study of schizophrenia and Low grade mental dificiency in a large swedish rural population.
Acts Psychiat. Scand. Suppl. 140

HART de RUYTER Th. - Psychiatric aspects of Mental Retardation.
T. Zwakzinnich en Zwakzinnigenz, 1967

HEUYER G. - DUBLINEAU, CHABERT - Les démences infantiles
Arch. Internat. de Neuro. 53, 359-498, 521-560, Nov. Dec. 1934

HEUYER, LEBOVICI, WASSEF - La schizophrénie infantile.
Annales médico-psychologiques 109, I, 611-616, mai 1951.

HEUYER G. et coll. - Débilité mentale évolutive.
Ann. Méd. Psychol. 1954, 1, p. 197.

HEUYER G., DURANTON P. - La schizophrénie de l'enfant.
IIe Congr. Internat. de Psy. (Zurich), 1957, 135.

HEUYER G., POPOV C., LELORD G., TESTARD C., RAUSCH, SHENTOUB - Evolution schizophrénique de certaines arriérations mentales : aspects cliniques, psychologiques et de conditionnement, E.E.G.
Revue de Neuro-Psy. Inf. V, juil.-août 1967, 7-8, 383-391.

HEUYER G., LAROCHE J. - La schizophrénie de l'adolescence : Essai de définition et de délimitation nosologique.
IIe Congr. Internat. de Psy. (Zurich), 1957, 99.

HEUYER G. - Introduction à la notion de démence en psychiatrie infantile.
Rev. Neuro-Psy. Inf. 1960, 8, 2-3.

HOCH Paul, POLATIN Phillip - Pseudo-neurotic forms of schizophrenia.
Psy. Quart. 23, 248-276, 1949.

KANNER L. - Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism.
Amer. J. Ortho-psychiat. 1949, 19, 416-426.

KANNER L. - The specificity of early infantile autism.
Acts Paedo-Psy. 1958, 25, 108.

KANNER L., EISENBERG L. - Notes on the follow-up. Studies of autistic children (N.Y. - London).
Hoch & Zubin, 1955.

KAPLAN S. - Childhood schizophrenia round table. 1953.
Am. J. Orthopsy. 24, 521, Apr. 1954.

KLEIN M. - The psycho-analysis of children.
Hogarth Press, London, 1950.

KLEIN Mélanie - Contributions to psycho-analysis 1921 - 1945.
The psycho-analytical library, ed. by Ernest Jones M.D., n° 34, London.
The Hogarth Press, 1948.

KOUPERNIK C., EISENBERG L. - Reflexions sur l'autisme infantile.
Confront. Psy. n° 3, 1969 (specia).

LANDRY M. - Contribution à l'étude du diagnostic des psychoses infantiles.
Thèse médecine, Paris, 1959.

LANG J.L., SHENTOUB V. - Les schizophrénies infantiles : anamnèse et mode de début.
IIe Congr. Internat. de Psy. (Zurich), 1957, 137-146.

LANG J.L. - Arriération et Psychose.
IIe Congr. Psychiatres, Québec-Laval médical, jan. 1967; 38, 1-15.

LANG J.L. - Diagnostic clinique et structural des psychoses chez l'enfant.
Feuillets médicaux, nov. 1968, 139, 1-13.

LANG J.L. - Notes on early psychotic states (traumatismes précoses des psychoses infantiles).
25e Congr. Internat. psychanalyse, Copenhague, 1967.
Intern. J. Psycho. Anal. 1968, 49, 286-289.

LANG J.L. - Psychoses infantiles à expression déficitaire et "arriération-psychose".
Confront. Psy. n° 3, 1969 (specia).

LAUNAY C. et RAUZY A. - Psychoses de la période de latence : aspects cliniques.
Confront. Psy. n° 3, 1969 (specia).

LEBOVICI S. - Contribution à l'étude nosologique et psychopathologique de la schizophrénie infantile.
Evol. Psy. 1949, 3, 329-343.

LEBOVICI S. et coll. - Débilité mentale évolutive.
Ann. Méd. Psychol., fev. 1954, 2.

LEBOVICI S., DIATKINE R. - Les obsessions chez l'enfant.
Rev. franç. de Psychanal. XXI, 1957, 5, 647-682.

LEBOVICI S., AJURIAGUERRA J. de, DIATKINE R. - A propos de l'observation du jeune enfant
Psy. de l'Enfant, I, 2e fasc. - P.U.F., Paris.

LEBOVICI S. et Mac DOUGALL - Un cas de psychose infantile
P.U.F. - Paris, 1960

LEBOVICI S. - Avenir des psychoses schisophréniques de l'enfant
Rev. Neuro-Psy. Inf. 1962, 10, 5-6

LEBOVICI S., DIATKINE R. - Essai d'approche de la notion de pré-psychose en Psychiatrie Infantile
Bulletin de Psycho. 1963, XVII, 1

LEBOVICI S., DIATKINE R., LAVONDES V., DEBRAY R. et SHENTOUB V. - Eléments d'une recherche concernant l'avenir éloigné de psychoses de l'enfant.
Rev. de Neuro-Psy. Inf., 1967, 15, 1 et 2

LEBOVICI S. - A propos du pronostic de la psychose de l'enfant
Confront. Psy. n° 3, 1969 (spécia)

LECUYER R. - Diagnostic différentiel entre arriération mentale et psychose chez l'enfant.
Rev. Neuro-Psy. Inf. 1967, 15, 1-2, 1-12.

LESTANG-GAULTIER, DUCHE D.J. - Contribution à l'étude du diagnostic et de l'évolution des psychoses infantiles.
Revue de Neuro-Psy. Inf. 1967, I, 2, 19-49.

LOOMIS E.A. Jr. - Autistic and symbiotic syndromes in children
Nosogr. Soc. Res. Child. Devel. 1960, 25, 39-48.

LOPEZ C.F. - Le syndrome de la schizophrénie infantile.
Arch. Neuro-Biol. (Madrid), 1959, 22, 2.

LUTZ J. - Psychiatrie Infantile 1968
Delachaux & Niestlé - Suisse.

MAHLER M. ROSS J.R. Jr, DEFRIED Z. - Clinical studies in benign et malignant cases of childhood psychosis (schizophrenia like).
Am. J. Ortho-Psy. 19, 295-305, 1949.

MAHLER Margaret - On child psychosis and schizophrenia : Autistic and symbiotic infantile psychoses.
Psycho-anal. Stud. Child., New-York -
Internat. Univ. Press 1952, 7, 286-305

MAHLER M., GOSLINER J.B. - On symbiotic child psychosis
Psycho-anal. Study of the child X, 195-212 Int. Univ. Press, N.Y.

MALE - GREEN - Pre-schisophrenies adolescence
Evol. Psy. 1958, II, 323-374

MALE P. - Problèmes de la psychopathologie pubertaire
Confront. Psy. 1969, n° 3 (Spécia)

MANNONI M. - L'enfant, sa maladie et les autres.
Seuil, Paris, 1967

MASTERSON J.F. - Le pronostic des troubles de l'adolescence. La schisophrénie
J. Nerv. Ment. Dis. 1956, 124, 3

MESTAS C. - De la schizophrénie infantile
Thèse Médecine, Clermont-Ferrand, 1957.

MICHAUX L., DUCHE D.J., STEIN C. - Difficultés de la discrimination d'une démence précocissime et d'une arriération mentale
Rev. de Neuro-Psy. Inf. 397-399, 1956.

MICHAUX L. - Les schizophrénies infantiles.
In : Psychiatrie, Paris, Flammarion ed. 1965.

MICHAUX L., DUCHE D.J. - Schizophrénies infantiles
Revue du Prat. XV, n° 25, 1er octobre 1965 p. 3 296

MISES R., BARANDE I. - Etude clinique des formes précoces intriquant relation psychotique et symptomatologie de type déficitaire.
Psy. de l'Enfant, 1963, 6, 5, 1-78

MISES R. - Pré-schizophrénies et schizophrénies infantiles
Rev. Med. (Paris), 1964, 805

MISES R. - Le concept de psychose chez l'enfant
Evol. Psy. 1966, 31, 4, p. 741-768

MISES R. - Problèmes nosologiques posés par les psychoses de l'enfant
Psy. de l'Enfant, XI, 2, 1968

MISES R. - Origines et évolution du concept de psychose chez l'enfant
Confront. Psy. n° 3, 1969 (Spécia)

MISES R., MONIOT M. - Psychoses de l'enfant
E. M. C., 1970, 37. 289

MOOR L. - Critères psychologiques des psychoses chez les oligophrènes
3e Congrès Europ. Ped. Psy. WIESBADEN 1967
Concilium Paedo-Psychiatricum, Konger (Bâle), 1968.

MOREAU (de TOURS) - De la folie chez l'enfant
Paris, 1888

MOSSE Hilde - The misuse of the diagnosis childhood schizophrenia
Amer. J. Psychiatr., 1958, 114, 791-794

PIOTROWSKI Z. - A comparison of congenitally defective children with schizophrenia children in regard to personality structure and intelligence type.
Proc. Amer. Ment. Defic. (38), 1933

POLAN and SPENCER check list for autism
A check list of symptoms of autism of earling life
W. Virgthed J., 1959-55, 198-204

PUTNAM M.C. - Some observations on psychosis of early childhood. Emotional Problems of early childhood - 519-524

RIMLAND B. - Infantile autism
Appleton Century Crofts, N.Y. 1964.

ROSENFELD S.K., SPRINCE M. - An attempt to formulate the meaning of the concept "borderline".
Psychoanal. Stud. of the Child., 1963, XVIII.

RUTTER M. - Lésion cérébrale organique, hyperkinésie et retard mental.
Psych. de l'enfant, 1968, XI, 2.

SANCTE DE SANCTIS - Dementia precocissima catatonica.
Polio neuro-biol., oct. 1908.

SCHACHTER M. - Schizophrénie et débilité mentale.
Ann. neuro-psych. psycoanalisi, janv. - mars 1963, 10, 1.

SOCCARES P. - Schizophrénie pseudo-neurotrope et schizophrénie pseudo-caractérielle.
Rev. Pr. de psychanal., 21, 1957, 4, 535-552

SPIEL W. - Oligophrenia as a sequel to infantile
Psychosis (Excerpta Med. Sect. VIII, 1961, n° 5 975) (a).

SPOERRY J. - Etude des manifestations pré-morbides dans la schizophrénie
Psych. de l'Enfant, 1964, II

STORK H. - Problèmes diagnostiques posés par les psychoses au cours des arriérations mentales des jeunes enfants.
Thèse Paris, 1967.

TARGOWLA R. et LAMACHE A. - La débilité mentale évolutive
Paris Médical, 1968, 1, 221

TOSQUELLES F. - Notes sur le traitement des psychoses infantiles
Confront. Psy. n° 3, 1969 (Spécia)

VAN KREVELEN D.A. - Quelques remarques sur l'usage abusif du diagnostic d'autisme.
Acta Neurol. Belg. 1954, 207-212

VEIGA M. - Some aspects of differential diagnosis in borderline cases of infantile autism and mental retardation.
Excerpta Med. Sect. VIII, 1961, n° 5 925)

WEILAND I.H., LEGG D.R. - The use of formal speech characteristics as a diagnostic and in childhood psychosis
Amer. J. Orthopsychiatr. 1962, 32, 260

WIDLOCHER D. - Traits psychotiques et organisation du Moi.
Problématique de la psychose.
Excerpta Med. Found, 1969, 1, 179-188

WINNICOTT D. W. - De la pédiatrie à la psychanalyse.
Payot, Paris, 1969.

ZAPPERT P. - Démence de Heller
J. Psy., 1938, 161

Classification des maladies mentales
Séminaire de l'O.M.S., Paris, Octobre 1967.

Enfance aliénée, numéros spéciaux de recherches.
Sept. 1967 et Dec. 1968

Psychopathological disorders in childhood. Theoretical considerations and a proposed classification.
Ment. Health Materials Sent., NY, 1966, VI, 62

SESAME n° 19, Mars 1971
Recueil de quelques témoignages de parents d'enfants psychotiques.
Bulletin de l'ASITP.

*

* *

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris : R. MALET